
SR

N° 1. — SAMEDI 4 JANVIER 1947 — 120e ANNEE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. — Étudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e). Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecin des hôpitaux (6 places)

Ce concours sera ouvert le lundi 10 février 1947. Inscriptions (bureau du service de Santé, 3, avenue Victoria), du 27 décembre 1946 au 15 janvier 1947, inclusivement. (De 15 à 17 heures, samedis, dimanches et fêtes exceptés.)

EPREUVES DE SOUS-ADMISSIBILITÉ ouvertes aux assistants en médecine des hôpitaux de Paris nommés au concours.

Le nombre des candidats sous-admissibles sera égal au double du nombre des places de médecin des hôpitaux mises au concours, soit douze.

EPREUVES D'ADMISSIBILITÉ DÉFINITIVE. (Admissibilité clinique.) — Le jury est divisé en deux sections A et B. Il en est de même des concurrents. La section A des candidats est jugée par le jury A et la section B par le jury B, puis inversement pour l'épreuve suivante.

EPREUVES D'ADMISSION. — A. Epreuve annuelle unique de titres. Cette épreuve éliminera 20 % des candidats.

B. Epreuve clinique d'admission : deux épreuves subies devant deux sections du jury A et B.

Concours pour la nomination à cinq places d'assistants en chirurgie des hôpitaux de Paris et pour la nomination à cinq places de chirurgiens des hôpitaux

Le concours d'assistant en chirurgie sera ouvert le lundi 3 février 1947.

Les concours de chirurgien des hôpitaux (une place pour chacun des cinq concours consécutifs), s'ouvrira dès la fin du concours d'assistant.

Inscriptions (bureau du service de Santé, 3, avenue Victoria), du 3 au 14 janvier 1947. (De 15 à 17 heures, samedis, dimanches et fêtes exceptés.)

Rappelons que le concours de chirurgie comprend :

1° Epreuves d'admissibilité : deux épreuves cliniques ;

2° Epreuves de nomination : une épreuve de thérapeutique clinique et une épreuve orale de titres.

Concours de l'internat en médecine
Epreuves orales
Concours ordinaire de 1946

Liste, par ordre de tirage au sort, de MM. les Membres du jury :

MM. les Drs Degos, M. P. Weil, Flandin, Mahoudeau, Bariéty, médecins ; Padovani, Ameline, Fey, chirurgiens ; Lemoyne, O.-R.-L. ; Mayer, gynécologue-accoucheur.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Leçons inaugurales. — M. le professeur LAVIER fera sa leçon inaugurale de la CHAIRE DE PATHOLOGIE EXOTIQUE le lundi 6 janvier 1947.

M. le professeur DECHAUME fera sa leçon inaugurale de la CHAIRE DE STOMATOLOGIE le mardi 14 janvier 1947.

M. le professeur LELONG fera sa leçon inaugurale de la CHAIRE DE PUÉRICULTURE le mercredi 22 janvier 1947.

Toutes ces leçons inaugurales auront lieu à 18 heures dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Facultés de province

Marseille. — M. Dubouloz, professeur sans chaire, est nommé professeur de la chaire de physique biologique. (Dernier titulaire : M. Cagniard, appelé à d'autres fonctions.)

Montpellier. — M. Carrère, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de bactériologie. (Dernier titulaire : M. Lisbonne, décédé.)

Services médicaux du travail. — Le J. O. du 17 décembre publie divers arrêtés relatifs aux services médicaux du travail.

Un arrêté du 26 octobre 1946 fixe ainsi la rémunération des services médicaux. Cette rémunération est calculée par vacation de trois heures sur les bases suivantes :

PARIS : première heure, 240 fr. ; deuxième heure, 200 fr. ; troisième heure, 150 francs.

PROVINCE : première heure, 200 francs ; deuxième heure, 150 fr. ; troisième heure, 150 francs.

Quatre arrêtés en date du 10 décembre sont relatifs aux modèles de convention à intervenir entre les caisses régionales de sécurité sociale et les syndicats de médecins ; entre les caisses et les syndicats de chirurgiens-dentistes ; entre les caisses et les syndicats de sages-femmes ; entre les caisses et les syndicats d'auxiliaires médicaux.

Comité scientifique et pédagogique de l'Ecole nationale de la Santé publique. — MM. les professeurs Justin-Besançon et Joannon (Paris), sont ajoutés à la liste publiée dans notre dernier numéro.

Hôpitaux psychiatriques. — Liste des candidats reçus au Concours médical des hôpitaux psychiatriques de 1946 : MM. Delage, Mabon, Gayral, Mlle Logenne, MM. Bertrand, Boitelle, Mollet, Leroy et Damey.

Vacances de postes. — Un poste de médecin chef est actuellement vacant :

1° A l'hôpital psychiatrique autonome de Cadillac (Gironde) ;

2° A l'hôpital psychiatrique autonome de Bassens (Savoie).

Adresser les candidatures dans un délai de trois semaines, à dater du 17 décembre 1946, au ministère de la Santé publique (direction de l'administration générale du personnel et du budget, 3e bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Union internationale de thérapeutique. — Le Dr Emile Burgi, ancien professeur de Pharmacologie à l'Université de Berne, a été nommé président d'honneur de l'Union internationale de thérapeutique.

Association de la Presse médicale belge. — Dans sa dernière séance, l'Association a entendu un éloge de notre regretté

confrère René Beckers, prononcé par le Dr de Kayser. Le bureau pour 1947 a été ensuite renouvelé. Le professeur Lambin, vice-président, passe à la présidence. Le professeur De Rom, de Gand, a été élu vice-président. Le docteur Georges Spehl, secrétaire, les docteurs Sillevaerts et Tricot-Royer, commissaires, le docteur Anciaux, trésorier.

Société Médico-Chirurgicale des hôpitaux libres. — Le 3 décembre a eu lieu, après la séance scientifique, un diner amical réunissant les membres de la Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux libres.

Parmi les personnalités présentes : le professeur Vaudescal, les docteurs Blechmann, Delort, J.-A. Huet, Martiny, Moulonguet, Vernes, Denet, Nemours, F. Vialı, M. et Mme Jules Romains, le docteur Bory, le professeur Joannon, les docteurs Henri Godlewski, Z. Paulo, directeur du Service de Documentation scientifique de Lisbonne, Le Mée, etc.

MM. Vaudescal, G. Blechmann et enfin M. Jules Romains ont pris successivement la parole.

Ars medici. — Depuis le 15 septembre paraît à Gand : « Ars medici », revue internationale pour le médecin praticien. Notre nouveau confrère belge publie tous les mois en langue française des analyses de travaux publiés dans toutes les publications médicales. La présentation d'« Ars medici » est d'une perfection qu'il convient de signaler.

Union Fédérative des Medecins de Réserve

Assemblée générale — L'assemblée générale aura lieu le samedi 18 janvier 1947, à 18 heures, au Comité National de l'Er... fance, 51, avenue Franklin-D.-Roosevelt..., à

Conférence. — Le mardi 21 jan... grand 21 heures, le Dr Braine fera dans ...édecine amphithéâtre de la Faculté de ...a 1re Arune conférence : « Souvenirs ... mée. » ...é par le gé-

La conférence sera pré... néral de Lattre de Tass...

Conférences p... ...es en 1947

Metz, 15 février,...
Nancy, 16 févr...
Paris, 22 ma..., 26, 27 et 28 avril.
Lyon et An...
Paris, 21...

Nécrologie

...n annonce la mort, à l'âge de 57 ans, ...r L. U. Gardner, ancien professeur ...x Universités américaines de Harvard ...t de Yale, puis directeur à la fondation Trudeau, à Saranac Lake (N.-Y.) Gardner s'était fait connaître par ses remarquables travaux sur la silicose et les pneumoconioses. Ses dernières recherches, interrompues par sa mort, portaient sur l'action de la streptomycine dans la tuberculose.

— On annonce la mort, survenue le 14 novembre 1946, à l'âge de 86 ans, du Dr Arnold Lyndon, vice-président de la British Medical Association.

— Le Dr Gabriel Jung, chirurgien chef des hospices civils de Metz. De la part du Dr François Jung, à Toulouse.

— Le Dr Henri Mollard, médecin chef des dispensaires de l'O. P. H. S., ancien médecin des sanatoriums d'Hauteville, décédé à Lyon le 10 décembre.

— Le Dr Marcel Craponne, à Saint-Germain-en-Laye.

— Le Dr Xavier Corbasson, 1, rue de Casablanca, à Paris (15e), décédé subitement à Chalonnes-sur-Loire (M.-et-L.).

COURS

Conférences d'actualités pratiques

Ces conférences, destinées à tous les médecins, auront lieu au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, les mardis et vendredis à 20 h. 30, du 14 janvier au 28 mars.

PROGRAMME

Mardi 14 janvier. — 20 h. 30 Doyen Léon Binet : La réanimation. L'oxygénothérapie ; 21 h. 30, Dr Tzanck : La transfusion.

Vendredi 17 janvier. — 20 h. 30, Prof. Baudouin : Traitements modernes de l'épilepsie ; 21 h. 30, Prof. Sorrel : Résultats obtenus par les ...effes ankylosantes dans le traitement des tuberculoses articulaires et du mal de Pott.

Mercredi 22 janvier. — 20 h. 30, Prof. Lemierre : Diagnostic et traitement des septicémies anaérobies ; 21 h. 30, Prof. Moulonguet : Le diagnostic précoce du cancer. Le cancer, maladie curable.

Vendredi 24 janvier. — 20 h. 30, Prof. Lathala : Physiopathologie et traitement de la diarrhée des nourrissons ; 21 h. 30, Prof: Cadenat : Complications de l'avortement.

Mardi 28 janvier. — 20 h. 30, Prof. Piédelièvre : Intoxication oxycarbonée ; 21 heures 30, Prof. Mathieu : Indications chirurgicales actuelles dans le traitement des arthrites chroniques de la hanche.

Vendredi 31 janvier. — 20 h. 30, Prof. agr. de Sèze : Diagnostics et traitements modernes des sciatiques ; 21 h. 30, Prof. agr. Funck-Brentano : Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine rompue.

Mardi 4 février. — 20 h. 30, Prof. agr. Boulin : Traitement moderne du diabète ; 21 h. 30, Prof. Fey : Méthodes actuelles d'exérèse de l'adénome prostatique.

Vendredi 7 février. — 20 h. 30, Dr Gutmann : Diagnostic précoce du cancer de l'estomac ; 21 h. 30, Prof. Brocq : Traitement des fibromes utérins.

Mardi 11 février. — 20 h. 30, Prof. Gougerot : Les cinq étapes de la vie d'un syphilitique ; 21 h. 30, Dr Cleisz : Conduite à tenir au cours de l'accouchement dans les bassins rachitiques.

Vendredi 14 février. — 20 h. 30, Dr Michaux : Les électrochocs ; 21 h. 30, Prof. agr. Patel : Indications opératoires dans les cholécystites.

Vendredi 21 février. — 20 h. 30, Dr Mar...ı : Indications actuelles de la pénicilline ...n médecine ; 21 h. 30, Prof. Sénèque : I...dications thérapeutiques dans le cancer d... sein.

Mardi 25 février. — 20 h. 30, Prof. Lian : Diagnostic et traitement de l'angine de poitrine ; 21 h. 30, Prof. Dechaume : Manifestations à distance des infections buccodentaires.

Vendredi 28 février. — 20 h. 30, Prof. agr. Degos : Nouveaux traitements de la syphilis ; 21 h. 30, Prof. agr. Fèvre : Sténose hypertrophique du pylore du nourrisson.

Mardi 4 mars. — 20 h. 30, Dr Lambling : La maladie ulcéreuse gastro-duodénale ; 21 h. 30, Prof. agr. G. Offret : Les greffes de la cornée.

Vendredi 7 mars. — 20 h. 30, Prof. J. Marie : Erythroblastoses et mort rapide du nourrisson ; 21 h. 30, Prof. agr. Ameline : Indications et résultats du traitement des prolapsus utérins.

Mardi 11 mars. — 20 h. 30, Prof. Justin-Besançon : Prévention et traitement des embolies pulmonaires ; 21 h. 30, Prof. Quenu : Diagnostic et indications opératoires dans les hernies diaphragmatiques.

Vendredi 14 mars. — 20 h. 30, Prof. agr. de Gennes : Les traitements actuels de la maladie d'Addison ; 21 h. 30 : Prof. agr. Ménégaux : Traitement des fractures du col du fémur.

Mardi 18 mars. — 20 h. 30, Dr Lemoine : Indications de la bronchoscopie ; 21 h. 30, Prof. Petit-Dutaillis : Indications opératoires dans les traumatismes fermés du crâne.

Vendredi 21 mars. — 20 h. 30, Prof. Guy Laroche : Antithyroïdiens de synthèse ; 21 h. 30 : Prof. Lemaître : Diagnostic précoce des cancers des voies respiratoires et digestives supérieures.

Mardi 25 mars. — 20 h. 30, Dr R. Wolfromm : Diagnostic et traitement de la néphrose lipoïdique ; 21 h. 30, Dr Levent : Traitement de l'ostéomyélite aiguë.

Vendredi 28 mars. — 20 h. 30, Doyen Léon Binet, Dr Jean Gosset, Prof. R. Leroux : Présentation de films biologiques médicaux et chirurgicaux réalisés dans des centres parisiens ; 21 h. 30, Prof. agr. de Baudart d'Allaines : Etat actuel du diagnostic et du traitement des tumeurs malignes du gros intestin.



Traitement de l'épidermophytie interdigitale par la teinture de benjoin (1)

par Lucien Jame

Médecin Général Inspecteur

L'épidermophytie interdigitale, et j'aurai plus spécialement en vue sa localisation au niveau des orteils, est une affection communément répandue.

Les réactions inflammatoires causées par l'agression mycosique varient suivant la réceptivité des sujets, l'ancienneté du parasitisme et l'appoint de facteurs favorisants tels que l'hyperhydrose, la malpropreté, la chaleur, les marches prolongées, etc... Sabouraud et Rivalier ont décrit et systématisé des lésions dermatologiques déterminées par l'épidermophyte. Au début, simple rougeur avec desquamation discrète localisée au niveau des espaces interdigitaux des 4e et 5e orteils où la peau est fine, humide et de réaction alcaline, puis envahissement progressif de tous les espaces interdigitaux avec épaississement de l'épiderme qui prend l'aspect d'une couenne blanchâtre; lardacée, plus ou moins friable, avec desquamation en aires, fissuration des plis, rhagades sur les bords des orteils ; enfin, extension des lésions à la plante et apparition de l'eczéma mycosique dont les caractères cliniques ont bien été étudiés par Petges.

L'épidermophytie interdigitale, bénigne au début et souvent ignorée du sujet, devient, quand elle s'aggrave, une véritable infirmité par la gêne qu'elle entraîne et surtout par le prurit féroce, à prédominance vespérale, qu'elle déclenche.

Or le traitement de l'épidermophytie s'avère fort difficile. Les antiparasitaires recommandés, l'alcool iodé à 1 p. 100 ou les sels d'oxyquinoléine, en particulier la solution alcoolo-acétonique de chlorhydrate d'oxyquinoléine agissent bien sur les lésions jeunes dans lesquelles le champignon est encore facilement accessible.

Par contre, dans les lésions plus anciennes, l'action directe de ces substances est peu efficace. Aussi les dermatologistes proposent-ils toute une gamme de moyens ou de procédés de traitement dont la multiplicité traduit bien leur activité relative : raclages, ponçages, pommades variées dont la pommade de Whitefield est la plus connue et la plus employée, pâtes épilatoires préconisées par Sabouraud afin de décaper l'épiderme et de permettre alors aux produits antiparasitaires d'atteindre et de détruire l'épidermophyte. Il paraît inutile d'insister sur les inconvénients de pareils traitements qui sont longs, pénibles et parfois mal supportés.

J'ai eu l'occasion de suivre depuis une dizaine d'années un sujet présentant une épidermophytie interdigitale des orteils. Au début le traitement habituel appliqué avec persévérance amena un guérison qui se révéla bientôt illusoire. Périodiquement, brusquement, sans causes définies, les lésions réapparassaient, puis cédaient à l'action conjuguée de la pommade de Whitefield, de l'iode et de l'oxyquinoleine. Au cours de ces dernières années pendant lesquelles le traitement avait été négligé, les lésions s'aggravèrent et se compliquèrent d'un eczéma mycosique, particulièrement marqué, empêchant le sommeil. Les antiparasitaires habituels associés aux pâtes calmantes, atténuaient momentanément le prurit, mais l'application d'autres topiques n'était plus tolérée. C'est dans ces conditions que fut alors utilisée la teinture de benjoin pure, déjà employée en dermatologie pour le traitement des lésions fissuraires.

Dès les premières applications le prurit, si tenace, disparut. Puis les lésions épidermiques s'amendèrent, la peau reprenant progressivement un aspect normal qui n'avait pas été observé depuis de nombreuses années. Actuellement après un traitement qui s'échelonne sur deux mois, il ne reste plus qu'un léger épaississement du pli interdigital séparant les 4e et 5e orteils. Il y a lieu de noter l'amélioration parallèle de l'onyxis mycosique que présentaient les ongles des gros orteils.

Pendant quinze jours les applications de teinture de benjoin furent quotidiennes, ensuite tri puis bi-hebdomadaires. Elles sont pratiquées actuellement une fois par semaine afin de consolider la guérison. Ces applications sont faites le soir au coucher, après un bain savonneux, avec un tampon de coton en débordant largement les lésions et insistant sur les plis et les rainures unguéales où gîte le parasite.

Comment agit la teinture de benjoin ? On sait que le benjoin contient 14 à 35 p. 100 d'acide benzoïque et 2 à 3 p. 100 d'acide cinnamique. La teinture, légèrement acide, contient une proportion d'environ 5 p. 100 d'acide benzoïque. Mais sa composition est complexe et son pouvoir antimycosique est dû très probablement aux substances balsamiques associées. Elle s'étale et adhère à la peau comme un vernis. Cette propriété renforce certainement son activité antiparasitaire qui n'a pas été signalée jusqu'ici, me semble-t-il.

On pourrait me reprocher, à juste titre, de ne présenter qu'une seule observation. Mais les résultats obtenus sont tellement surprenants pour qui connaît les difficultés du traitement de l'épidermophytie interdigitale, que je me suis cru autorisé à vous soumettre ces premiers résultats en espérant que bientôt de nouvelles constatations viendront confirmer l'efficacité de la teinture de benjoin dans le traitement des épidermophyties.

(1) Communication présentée à la Société de Médecine Militaire Française le 12 décembre 1946.

ACTUALITÉS

A propos d'un livre sur la famille

L'habitude émousse l'aptitude à s'étonner et personne n'est surpris de voir les générations se succéder et la ressemblance se conserver entre parents et enfants jusque dans des détails qui ne se perçoivent qu'après examen attentif.

A la réflexion l'observateur retrouve une capacité d'étonnement. Les agents destructeurs peuvent à tout instant supprimer la génération qui vient, les influences extérieures tendent toujours à altérer les caractères du rejeton ; les espèces pourtant ne disparaissent pas et demeurent pratiquement inchangées d'une génération à l'autre.

C'est à chercher une explication à cette vitalité et à cette permanence que s'attache le professeur Carnot dans un récent ouvrage. Le titre : « La Famille génitrice et génophylactique » (1) résume les conclusions de l'auteur à l'appui desquelles il apporte des arguments empruntés à la physiologie tant végétale qu'animale ainsi qu'à la psychologie animale et humaine.

C'est une curieuse et passionnante excursion pour le lecteur qui selon que la logique guide l'auteur, passe de la pollinisation, naturelle ou artificielle à la psychologie des mammifères et de la période nuptiale de l'épinoche à la couvée des oiseaux. Connaître les mœurs des animaux est en général réservé aux spécialistes ; il n'en est que plus captivant d'en trouver, aux bons endroits, des descriptions instructives aux particularités imprévues.

Il est de fait que dans bien des espèces un fossé sépare les générations successives. La ponte est abandonnée sans protection et jusque dans le milieu extérieur ; les parents disparaissent et ne connaîtront jamais même l'existence possible d'une descendance. Aussi bien peu des œufs pondus iront-ils au terme de leur développement. Une ponte moins évidemment surabondante mènerait fatalement à l'extinction des poissons ou des insectes. La prodigalité génétique est donc nécessaire au simple maintien des effectifs moyens de l'espèce et postule, en corollaire, l'acquisition rapide ou la dotation innée de certains moyens physiques.

On constate, par contre, pour s'en tenir aux seuls nombres qu'en corrélation avec des pontes peu nombreuses on voit apparaître le souci, diversement traduit, d'assurer la sécurité et la survie du jeune, même si les parents s'éloignent ou disparaissent. On voit alors apparaître la couvée par la mère, aidée ou non du père, la création de réserves alimentaires, dont Fabre a montré l'extraordinaire et instinctive ingéniosité, enfin la constitution d'un groupe familial individualisé.

Remarquable est la diversité avec laquelle tant chez l'homme que chez l'animal peut se présenter le groupement familial : tantôt une famille qui s'ignore, tantôt une famille temporaire se dissolvant quand les jeunes sont mûrs pour l'autonomie pour se reconstituer avec les mêmes membres ou avec d'autres pour une nouvelle procréation. C'est l'épinoche, poisson frigide qui, pourtant, prépare à la « future » le lieu propre à forcer la ponte, avant de monter une garde vigilante autour du trésor dont la

(1) La Famille génitrice et génophylactique, Baillière, Paris, un vol. in-8° de 432 p., 1946.

mère se désintéresse. C'est l'éducation uniquement maternelle du jeune chien ou du jeune chat, la nourriture — ou même la prise en nourrice — et l'éducation des oisillons par le couple géniteur. A s'en tenir aux parents, c'est la rencontre éphémère le plus souvent, c'est parfois l'union temporaire, c'est parfois aussi le ménage durable comme chez les grands fauves.

Dans leur ensemble ces ébauches animales de la famille ont pour centre la fonction maternelle. Lors même que le père y tient une place — pigeons allaitant les jeunes, mâle aidant à la couvée — son rôle paraît accessoire, une sorte de lieutenance.

Dans la famille humaine, divers types se rencontrent du fait des civilisations et des traditions qui, par des transitions successives, ne sont pas sans rappeler les mœurs animales.

Chez les uns comme chez les autres, il semble y avoir quelque corrélation entre l'espacement des naissances et leur faible effectif et la formation autour des jeunes d'une famille plus stable et plus active. Même chez les animaux supérieurs à ovulations multiples la disproportion aux causes destructrices est flagrante lorsqu'on considère la fécondité des poissons ou des insectes.

La perfection et la stabilité de la famille sont donc une protection efficace pour assurer la suite des générations et conserver une espèce. Les types familiaux de la race humaine ne sont que l'accessoire et une adaptation aux lieux et aux circonstances. La protection est d'autant plus réelle que la famille est plus stable, d'une structure mieux ménagée et qu'elle est moins entravée dans son activité par les institutions ou autres causes étrangères.

Faire se succéder un chapelet de générations sans assurer à chacune l'héritage des caractères qui l'individualisent serait à la fois illusoire et contradictoire. C'est cette défense du caractère propre que M. Carnot dénomme la Génophylaxie. Cette action génophylactique d'autre part ne saurait sans manquer son but et mener à la disparition de l'espèce, s'exercer de façon étroite en empêchant d'acquérir les perfectionnements qui sont pour l'espèce un renforcement ; elle comprend donc à la fois, vis-à-vis de ce qui n'est pas elle, une capacité de refus et d'acceptation et une capacité de choix, d'ailleurs mystérieuses encore.

C'est aussi en remontant au plus haut dans les physiologies animales et végétales et en y joignant l'apport de la psychologie et de l'ethnographie comparées qu'il parvient à ses conclusions. Les chromosomes et les gènes, supports, en dernière analyse, des caractères physiques, assurent la transmission des caractères entre cellules. L'hybridation, la consanguinité — dont la division cellulaire sans conjugaison est une forme rudimentaire —, la reproduction chez certains métazoaires, montrent comment l'espèce s'entend à défendre sa personnalité contre les unions trop disparates. Impossibilité du rapprochement ou de la fécondation, naissance de produits non viables ou fragiles, stérilité de ceux qui deviennent adultes sont des faits bien connus. Les préventions parfois excessives à nos yeux qui s'élèvent en certains pays contre le métissage en sont peut-être le reflet psychologique. Sans avoir peut-être toujours les vices que leur attribuent certains préjugés, il n'est pas niable qu'à côté de métissages « bons » entre sujets proches dans leur présent et leurs antécédents physiologiques et psychologiques, il en est de « mauvais » dans la qualité ou la durée de leurs effets.

L'état de nature dans nombre d'espèces animales n'entraîne par consanguinité aucune dégradation de l'espèce. Chez l'homme également l'histoire témoigne de sa pratique prolongée à certaines époques et dans certaines circonstances. Voici quelques années les *Assises de la Médecine française* ont connu maints faits de cet ordre dans notre pays et jusqu'à nos jours. Si la conception commune qui lui est défavorable peut comporter des correctifs, il n'est pas douteux qu'additionnant algébriquement pour ainsi dire les tares et les qualités des géniteurs, l'union consanguine représente un grave danger : le renforcement et la manifestation des tares d'hérédité commune qu'une union différente aurait voilée ou compensée. L'union exogame, la plus courante dans notre civilisation, est donc la plus favorable à la naissance d'une génération saine et à la conservation des qualités moyennes de l'espèce.

La diversité des types familiaux correspond à la diversité des lieux et de l'histoire. Une promiscuité vraie, du type animal, est d'une réalité douteuse ; l'élevage collectif, selon le mode de la ruche, n'est pas moins exceptionnel. Polygamie et monogamie sont les solutions les plus courantes sur lesquelles les conditions de la vie quotidienne ne sont pas sans laisser une empreinte. Dans tous les cas cependant semble bien s'appliquer comme cause première de sa formation le principe dégagé par M. Carnot et qui fait de l'existence des petits la donnée cardinale du problème. La consolidation du mariage et de la famille semble résulter de la nécessité vitale d'une protection familiale très attentive et très prolongée, telle que l'exige l'enfant, en raison de sa faiblesse et surtout en vue de l'exceptionnel développement physique, intellectuel et moral qu'il doit acquérir. Pour une même forme de la famille il est certain que la différence est considérable entre l'enfant dont on s'occupe et celui qu'on néglige. L'histoire montre aussi à quelles décadences multiples la dissolution familiale a mené l'empire romain.

Si, en effet, durant la grossesse et l'allaitement qui la prolonge partiellement, un lien humoral unit la mère et l'enfant, permettant de transmettre et de conserver certains caractères organiques, à partir du sevrage il n'existe plus de lien que psychologique avec les parents. L'éducation, qui marque son empreinte dès les premiers jours, est d'autant plus efficiente qu'elle s'adresse à un enfant plus proche organiquement de ses éducateurs. Un élevage hors des parents, si parfait et compétent qu'il soit, n'est qu'une solution incomplète qui n'est acceptable que lorsqu'elle représente le moindre mal.

C'est à cette période que l'enfant reçoit de ses aînés ce qui fera de lui une personne et un homme au lieu d'un simple animal supérieur. Nul organisme ne peut transmettre au jeune des propriétés caractérielles avec autant de certitude qu'une famille stable, et où l'affection réciproque rend supportables les contraintes imposées ou subies. Les pages de M. Carnot où le médecin s'efface devant l'éducateur en conservant pourtant la compétence et la clairvoyance médicales ne sont pas moins attachantes que celle du philosophe aux lumières diverses. Il n'est pas sans importance dialectique, même, de voir comment certaines particularités humorales ou fonctionnelles expliquent des qualités ou des déficiences psychologiques et permettent d'espérer un jour en tempérer les excès.

Un tel livre se résume malaisément : il n'est que de le relire et le méditer, le médecin, le philosophe, le chef de famille y trouvent instruction ou approbation ; la tradition s'y trouve étayée sans que la nécessité du progrès y soit contestée. Il n'est pas jusqu'aux dernières lignes qui ne soient d'un homme de cœur et qui ne commandent l'admiration et le respect pour un savant qui a transmis un nom illustre à huit enfants et à quinze petits-enfants.

R. Levent.

Le service national de santé et les médecins anglais

En tenant nos lecteurs au courant des réactions diverses amenées dans le corps médical britannique par les discussions devant la Chambre des Communes et devant la Chambre des Lords, de la loi sur le service national de santé, nous avons signalé l'approbation donnée par la majorité des étudiants en médecine : 80 % des étudiants se sont prononcés pour le plan Bevan. D'autre part, la *British Medical Association* a poursuivi un referendum parmi ses membres. Sur 52.000 médecins, 18.972 se sont prononcés en faveur de la loi, 23.310 se sont prononcés contre. Le referendum se poursuit, il peut avoir une certaine importance, dans le mode d'application de la loi. Celle-ci est votée, le bill est devenu un « act » qui entrera en application le 1er avril 1947.

Ajoutons enfin qu'à une réunion de *British Medical Association*, le 11 octobre, sous la présidence du Dr Guy Dain, devant une grande assistance, la résolution suivante a été adoptée : « Etant donnés les résultats du plébiscite et considérant que les principes nouveaux de la loi sont en contradiction avec les usages séculaires de la profession médicale, le Comité rapporteur n'est plus qualifié pour se mettre en rapport avec le Ministre de la Santé. »

Celui-ci à son tour a fait la communication suivante :

« Le Ministre a appris que la *British Medical Association* avait convoqué une réunion dans laquelle on avait rapporté le résultat du plébiscite en recommandant de ne pas entrer en relation avec lui pour l'application de la loi. Il espère qu'avant toute décision finale, de sages conseils prévaudront, et se croit sûr que le corps médical ne fera aucune démarche qui paralyserait son application du nouveau service de santé que le peuple attend avec un ardent désir. »

J.-M. Le Goff.

---

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 15 avril 1946, p. 170; 1er juin 1946, p. 244 ; 15 septembre 1946, p. 392 ; 23 novembre 1946, p. 532.

Cf. *British Med. Journ.*, 12 et 19 oct. 1946 ; 23 et 30 novembre 1946, 21 décembre 1946.

Réunion neurologique internationale

(Paris 8-9 octobre 1946)

Les réunions neurologiques internationales organisées chaque année par la Société de neurologie de Paris avaient dû être interrompues par les hostilités. Cette première réunion, après une longue interruption, revêtit de ce fait une ampleur inaccoutumée. Elle fut consacrée à un remarquable exposé physio-pathologique du professeur Monnier, de Zurich et à quatre importants rapports sur le difficile problème de la soif. Une série de communications des membres correspondants français et étrangers clôturèrent cette importante manifestation.

L'appareil réticulé tegmental du tronc cérébral. Etude morphologique, physiologique et physio-pathologique.

par le professeur MONNIER (Zurich)

Les formations réticulées du tronc cérébral sont caractérisées par un mélange de cellules éparses ou groupées en amas (substance réticulée grise) et de fibres myéliniques, dispersées ou groupées en faisceaux (substance réticulée blanche). Les cellules réticulaires sont des éléments effecteurs de second ordre, qui collectent des excitations de sources variées et le déchargent dans les neurones moteurs périphériques (éléments effecteurs primitifs). Elles sont dérivées de la lame fondamentale et forment des amas nucléaires qui s'étagent du diencéphale à la moelle : corps sous-thalamique de Luys, noyaux des champs de Forel au niveau du diencéphale (subthalamus) ; noyau interstitiel de Cajal, noyau rouge et formations réticulées périrubriques, noyaux réticulés. Ces diverses formations nucléaires donnent naissance à la bandelette longitudinale postérieure, ainsi qu'au faisceau central de la calotte, aux faisceaux réticulo-cérébelleux, réticulo-olivaires, réticulo-réticulaires et réticulo-spinaux.

Les expériences d'excitation électrique du tronc cérébral chez le chat et le singe ont établi que l'appareil réticulé tegmental contient les voies effectrices communes (final common path) des centres viscéro-moteurs et somato-moteurs supérieurs.

A. Systèmes effecteurs viscéro-moteurs. — On peut grouper les mécanismes viscéro-moteurs selon leur but fonctionnel, à l'exemple de W.-R. Hess, en deux catégories : *a*) mécanismes viscéro-moteurs, qui favorisent l'*activité ergotrope* de l'organisme, c'est-à-dire les relations actives de l'individu avec son milieu, tels que la locomotion : accélération du rythme cardiaque, élévation de la pression artérielle, augmentation d'amplitude et de fréquence des mouvements respiratoires, mydriase. Les centres qui induisent cette activité ergotrope, ainsi que les réactions effectives de défense, les impulsions agressives, la recherche avide de nourriture ont été localisés par W.-R. Hess dans l'aire hypothalamique latérale postérieure ; leurs prolongements s'étendent vers la région mésencéphalique latérale par rapport à la commissure postérieure. Monnier a repéré par la même méthode les voies différentes des centres ergotropes au niveau du mésencéphale, du pont et du bulbe : portion centrale de la calotte pédonculaire et protubérantielle, secteur ventro-latéral du bulbe et de la moelle. Cette voie ergotrope aboutit à la colonne intermédio-latérale de la moelle, qui donne naissance aux fibres sympathiques; *b*) d'autres mécanismes viscéro-moteur ont pour effet de favoriser l'*activité trophotrope* de l'organisme, c'est-à-dire les processus d'assimilation, de reconstitution énergétique et de conservation des cellules, tels que la digestion et le sommeil. Le centre principal qui coordonne ces activités trophotropes (modération de la circulation, de la respiration, etc.) a été localisé par W.-R. Hess, Ranson et leurs élèves dans la région rostrale du diencéphale, au voisinage de la commissure antérieure, du *septum pellucidum* et notamment dans l'aire hypothalamique rostro-médio-ventrale. Monnier a pu identifier en partie le prolongement des voies trophotropes dans la région médiane et dorsale du tegmentum mésorhombencéphalique, jusqu'au noyau moteur du nerf vague et aux autres structures parasympathiques. D'autres contingents paraissent cheminer dans la substance grise centrale.

B. Fonctions somato-motrices. — L'étude du *développement ontogénique* du système nerveux et de la motricité montre que le tronc cérébral de l'embryon contient, à un stade très précoce, déjà un vaste appareil de coordination des mécanismes moteurs. Il est assimilable à l'appareil réticulé tegmental et réalise des synthèses motrices élémentaires : réflexes courts et longs, synergies rostro-caudales de la tête et des extrémités supérieures, activités automatiques respiratoire, nutritive et locomotrice.

Par ailleurs, l'examen anatomo-clinique des cas d'*anencéphalie* partielle confirme qu'un système nerveux réduit au tegmentum bulbo-protubérantiel et à la moelle peut opérer des synthèses motrices élémentaires semblables à celles du système nerveux chez le fœtus ; respiration et ingestion coordonnées, expression mimique et vocale, réactions de protection et de préhension. Comme chez le fœtus, ces conduites motrices ont un caractère massif, totalitaire, un pouvoir de modération, de localisation déficient et une tendance excessive à l'irradiation.

Les *expériences d'excitation* électrique du diencéphale chez le chat éveillé, doué d'une liberté absolue de mouvements (Hess et ses collaborateurs), ont montré qu'il existe dans la région subthalamique du méso-diencéphale un véritable clavier stéréotactique qui organise les déplacements du corps dans l'espace.

Les expériences de Monnier chez le chat et le singe ont montré que l'organisation stéréotactique mise en évidence par Hess et ses collaborateurs au niveau du méso-diencéphale se retrouve relativement peu modifiée dans les autres segments du tronc cérébral. L'excitation de la calotte mésencéphalique et protubérantielle latérale, puis de la substance réticulée bulbaire ventro-latérale, produit une réaction complexe, — réaction tegmentale des anciens auteurs — caractérisée chez l'animal immobilisé par une déviation latérale ipsiversive de la tête et de l'avant-train. La destruction des mêmes structures produit, chez l'animal non immobilisé, une réaction déviationnelle en sens opposé, assimilable à un mouvement de manège. Le rapporteur distingue, dans l'appareil réticulé tegmental, trois systèmes somato-moteurs essentiels : 1° un *sytème médium* (faisceau longitudinal postérieur et réticulo-spinal), responsable des réactions déviationnelles oculo-céphalogyres de caractère postural, induites essentiellement par les systèmes vestibulaires et proprioceptifs ; 2° un *système central* (faisceau central de la calotte et formations réticulée ventro-latérales) responsables des réactions déviationnelles massives de la tête, du tronc et des membres, notamment des mouvements de manège ipsiversif ; 3° un *système latéral*, qui déclenche chez le singe une déviation contraversive des yeux, de la bouche, de la tête, avec des mouvements d'adduction et de préhension des pattes ipsilatérales et des mouvements d'extension aux pattes contralatérales.

Au niveau du noyau réticulé moyen, dans cette calotte protubérantielle latérale, il existe un substratum dont l'excitation produit chez le chat un enroulement de la tête sur le plan frontal. Ce mécanisme, au service des fonctions de redressement, est influencé par les voies vestibulaires afférentes (faisceau vestibulo-mésencéphalique) et par le pédoncule cérébelleux supérieur. Quant au noyau réticulaire inférieur, influencé par les systèmes vagaux afférents, il participe à la régulation de la posture respiratoire.

Le rapporteur termine son exposé par une interprétation physio-pathologique des faits expérimentaux précités et exprime l'espoir que ces nouvelles acquisitions trouveront un jour leur application pratique pour le traitement des dystonies extrapyramidales.

Le problème de la soif

Psychopathologie de la soif. — M. J. CHEVEUILLE. — Si notre rapport débute par un exposé psychologique, c'est que la soif représente d'abord un état de conscience particulier, c'est un sentiment, une sensation, une appétition, une version dirigée consciente vers l'objet complémentaire d'un besoin organique : l'hydratation. Aussi est-il intéressant d'observer le comportement psychique de l'assoiffé. Après une phase d'excitation et d'angoisse accompagnée d'une véritable torture psychosomatique, l'assoiffé qui ne peut assouvir son besoin impérieux succombe dans la prostration et l'inconscience malgré tous les moyens de défense qu'il peut mettre en œuvre. Parmi les soifs pathologiques, il faut distinguer deux formes essentielles : la dipsomanie et la potomanie. La première correspond à la narcolepsie, marquée en effet qu'elle est par la souvenance d'un besoin soudain, irrésistiblement impérieux, de s'abandonner à son instinct, la seconde est l'analogue de la dipsomanie et consiste dans l'ingestion volontaire de boissons, alors que le sentiment de besoin est absent. Il est souvent difficile de distinguer ces potomanes d'avec certains diabétiques insipides et l'on peut penser que certains potomanes peuvent verser dans le véritable diabète polyurique. Pour la dipsomanie, elle apparaît être tantôt comme un équivalent de l'épilepsie, tantôt comme une manifestation de la psychose maniaco-dépressive.

Introduction neuro-physiopathologique au problème clinique de la soif. — M. Auguste TOURNAY base essentiellement son exposé sur les résultats de l'expérimentation animale.

Après avoir précisé en quoi les neurologistes ont droit de regard sur une pareille question, l'auteur retrace à grands traits la marche des idées depuis le travail fondamental d'André Mayer et la contribution ultérieure de Walter B. Cannon jusqu'à la réunion neurologique de 1922 sur l'hypophyse. Puis il marque le progrès des connaissances concernant : l'hypophyse, l'hypothalamus, les corrélations hypothalamo-hypophysaires, les interrelations neuro-humorales et neuro-hormonales, le diabète insipide.

Il aborde alors l'analyse de ce qui ressort des controverses concernant trois alternatives successivement envisagées : 1° *polyurie-polydipsie :* avec la distinction (*a*) du diabète insipide, typique et véritable, s'installant de façon permanente après une période latente, la polyurie y étant primaire ; (*b*) de la phase temporaire d'apparition précoce, la polydipsie, la soif, pouvant y être en précession sur la polyurie, sous réserve d'une légère part de polyurie primaire ; 2° *hypophyse hypothalamus :* les précisions acquises sur les liens spéciaux entre les deux formations ayant facilité l'accord sur la notion, contrôlée par Ranson, que le diabète insipide, tardif et permanent, procède d'une atteinte dégénérative du tractus supra-optico-hypophysaire passant par l'éminence médiane ; 3° *central périphérique :* bien des difficultés sont marquées qui subsistent pour déterminer (*a*) d'où et comment le système nerveux central est informé, (*b*) à quels échelons de dispositifs centraux il agit comme régulateur, (*c*) sur quoi s'exerce sa régulation.

Enfin, dans un essai de synthèse, l'auteur expose que :

1° Dans les conditions de l'organisme normalement intégré et aussi lorsque la polyurie est liée à la phase permanente du véritable diabète insipide, la soif comme l'acte de boire succèdent à la perte d'eau dont le besoin réclame la compensation ;

2° Dans les conditions expérimentales où l'acte de boire en excès sans soif appelle par sa prolongation et lors de sa cessation une continuation de l'ingestion d'eau en excès, peut s'établir une sorte de cercle vicieux fonctionnel ; qu'ainsi se conçoit comment, avec l'aide d'un conditionnement, pourrait se détraquer le mécanisme de fonctionnement normal ;

3° Enfin, contrairement aux éventualités précédentes où le jeu normal ou faussé des régulations s'opère en réponse à des stimulations adéquates, l'expérience du physiologiste, l'action du processus pathologique, le geste du neuro-chirurgien, s'appliquant sur les régions hypothalamo-hypophysaires, réalisent de façon inadéquate les conditions d'une sorte de court-circuit.

Que doit-on penser de la naissance quelque peu artificielle et hors des régulations normales de ce besoin ainsi éprouvé ? L'auteur exprime à cet égard sa réflexion par la proposition suivante :

Entre l' « hallucinose pédonculaire », qu'ont définie cliniquement et anatomiquement Lhermitte et van Bogaert, et la « sham rage », qu'a caractérisée Bard, n'y aurait-il pas place pour une sorte d'hallucinose de la soif ?

Données cliniques, expérimentales et thérapeutiques sur la soif et la polyurie du diabète insipide. — MM. Alajouanine et Thurel ont observé, en 1933, un cas de diabète insipide humain expérimental, lié à un traumatisme opératoire de la région du troisième ventricule et, grâce à lui, on a pu se rendre compte de l'indépendance de la soif et de la polydipsie vis-à-vis de la polyurie, considérée jusque-là comme le fait primordial, et reprendre sur des bases nouvelles le problème pathogénique du diabète insipide.

Le diabète insipide n'est ni une maladie des reins, ni une maladie de la soif ; la polydipsie et la polyurie sont des manifestations concomitantes relevant d'un même trouble, la perte par les tissus de leur pouvoir de fixer l'eau, ce dont témoignent la perte de poids immédiate et rapide, la sécheresse de la gorge, l'absence de sudation spontanée ou provoquée, la résorption rapide de la boule d'œdème intradermique, la tolérance pour l'alcool et les médicaments solubles.

L'hormone post-hypophysaire a pour effet la réhydratation tissulaire et, si le malade continue à boire, la réhydratation peut être excessive avec production d'œdèmes : le temps de résorption de la boule d'œdème intradermique est augmenté si l'on ajoute au sérum physiologique de l'extrait post-hypophysaire.

La sécrétion hypophysaire, qui confère aux tissus leur fonction hydropexique, est elle-même sous la dépendance d'un centre régulateur infundibulotubérien ; que celui-soit détruit ou inhibé fonctionnellement, il s'ensuivra un arrêt de la sécrétion post-hypophysaire et les tissus, privés de cette sécrétion, perdront la propriété de retenir l'eau, d'où la soif et la polydipsie d'une part, et la polyurie d'autre part.

Sur la physiopathologie du diabète insipide humain. — M. Jacques Decourt. — Trop de divergences dans les faits obligent à penser que tous les cas groupés sous le nom de diabète insipide ne sont pas rigoureusement superposables.

L'hypothèse d'un dérèglement purement nerveux du phénomène subjectif de la soif semble devoir être retenue dans certains cas. Le syndrome est alors identique à celui de la potomanie, mais comporte une origine organique. Le nom de diabète insipide lui convient mal. Il s'agit, en fait, d'une polydipsie pure. Ses rapports avec la potomanie véritable, d'origine psychique, posent les relations de l'anorexie mentale et de la maladie de Simmonds.

A côté des faits précédents, il faut conserver la notion d'un diabète insipide comportant un dérèglement de l'équilibre hydrochloruré de l'organisme. Decourt l'affirme sur des arguments tirés de l'épreuve de la soif, et d'une étude minutieuse des effets du régime de chlorure, des diurétiques mercuriels et de l'extrait post-hypophysaire. Il est au moins prouvé que la polydipsie peut être supprimée ou notablement atténuée soit par une fixation d'eau dans l'organisme, soit par une sortie de chlorure de sodium.

A ce dérèglement de l'équilibre hydrochloruré concourent sans doute plusieurs facteurs que l'on doit rechercher, d'une part, dans le fonctionnement rénal, et, d'autre part, dans les échanges entre les liquides interstitiels et les éléments cellulaires des tissus. Cette distinction, conforme à notre besoin d'analyse, est pourtant peut-être artificielle. Il est probable qu'un même trouble fondamental commande le dérèglement rénal et celui des échanges tissulaires. Dans ces conditions, il n'y a plus à se demander quel est, de la soif ou de la polyurie, le phénomène primitif. Mais, en définitive, la soif, par son caractère obsédant qui conduit le malade à des ingestions excessives d'eau, explique pour la plus grande part l'énormité de la polyurie.

Il est difficile de se faire actuellement une idée précise de la nature du phénomène tissulaire. Pourtant, la brusquerie avec laquelle peut apparaître ou disparaître la soif dans certaines observations neuro-chirurgicales semble impliquer avant tout une modification de la répartition des électrolytes et de la perméabilité des enveloppes cellulaires, processus qui serait tout à fait en accord avec le point de départ nerveux du phénomène, et dans lequel l'hormone post-hypophysaire ne joue peut-être que le rôle d'un intermédiaire chimique.

A l'aide de techniques physico-chimiques très délicates, il faudrait faire porter les investigations non seulement sur le sang et les liquides interstitiels, mais sur les éléments cellulaires eux-mêmes, sur leur eau de constitution, sur l'imbibition des colloïdes et leurs liaisons avec les différents électrolytes.

Il sera nécessaire, enfin, d'étudier de façon très approfondie un grand nombre de cas cliniques, ce qui amènera sans doute à conclure qu'ils ne sont pas tous identiques. Les formations neuro-végétatives cérébrales semblent régir des ensembles fonctionnels à commandes et chaînons multiples, d'ordre à la fois nerveux et endocriniens. Il est possible que, selon le siège, la nature et le degré des lésions, les effets pathologiques puissent se dissocier ou se grouper de façons diverses, intéressant en proportions variables la régulation nerveuse de la soif, le métabolisme de l'eau, celui des différents éléments minéraux et les conditions physico-chimiques de l'équilibre cellulaire des tissus.

Le diabète insipide et le problème de la soif. — M. Kourilsky. — Envisagé d'abord comme polyurie essentielle, le diabète insipide est l'objet de nombreuses études.

Le travail de l'auteur a porté sur 30 cas (chez 5 d'entre eux une étude anatomique complète le tableau physiologique).

A la lumière de l'ensemble des épreuves physiologiques, il est possible de scinder le diabète insipide en deux groupes bien distinets : diabète polyurique, diabète polydipsique.

Forme Polyurique. — Dans 22 % des cas, la polyurie est irréductible. Diminuée de 60 à 65 % par la restriction des boissons, elle entraîne une déperdition d'eau rénale et extrarénale très importante et très vite dangereuse (jusqu'à 8 litres par jour, dont 3 litres pour l'élimination extrarénale).

Cette polyurie correspond à un trouble humoral constant (hypochlorémie plasmatique et globulaire, élévation de la concentration moléculaire surtout après restriction), la densité urinaire reste faible lors de la restriction, signe cependant variable et qui peut être modifié par une surcharge saline (il n'y a pas blocage renal). L'absorption de sel aggrave toujours la soif et la polyurie.

La pituitrine agit en éclair sur la polyurie, trente secondes après sur la soif.

Le diabète insipide polyurique est donc en rapport avec une déficience hormonale. Il est justifiable d'une thérapeutique substitutive.

Forme polydipsique. — Au contraire, dans 78 p. 100 des cas, la polyurie s'aligne sur l'ingestion de boissons en vingt-quatre, quarante-huit ou soixante-douze heures. Dans 10 p. 100 des cas, la polydipsie est améliorée de façon passagère ou définitive par l'épreuve de restriction. L'influence du sel est modérée et très diverse suivant le terrain. Les résultats humoraux variables restent voisins de la normale. Bref, c'est une soif sans déshydratation sanguine véritable et sans troubles marqués du métabolisme du sel. Comparée aux polydipsies volontaires, elle ne montre, comme ces dernières, que des signes de surcharge d'eau (hyperprotidémie, hyperchlorémie, réserve d'eau constituée par le mécanisme du rattrapage), et ces troubles sont très variables d'un sujet à l'autre. De même les troubles neuro-végétatifs, lors de l'épreuve de restriction, surviennent vite, bien avant la déshydratation grave, et de façon très analogue aux troubles des toxicomanes sevrés. Enfin, la pituitrine a une action moins rapide, moins fidèle, portant plus vite sur la polyurie que sur la soif.

Il est, d'autre part, possible de noter chez certains polydipsiques de légers troubles de la concentration moléculaire, de l'élimination du sel et avec action plus nette de la pituitrine. Ce sont des polydipsies mixtes.

Ces formes de diabète insipide ont un support anatomique différent.

Dans un cas de polyurie pure : lobes intermédiaire et postérieur seuls étaient détruits, et l'étaient complètement, lobe antérieur intact.

Dans 2 cas de polydipsie pure ne fut retrouvée aucune lésion hypothalamo-hypophysaire. La recherche d'autres lésions cérébrales est en cours.

Dans 2 cas de polydipsie mixte, le premier montre une destruction totale de l'hypothalamus et de lui seul ; dans le deuxième réagissant mieux à la pituitrine, les lobes postérieur et intermédiaire étaient lésés, mais non totalement détruits.

La soif est due à une inhibition des centres salivaires et, suivant les cas, deux schémas peuvent servir d'hypothèse de travail.

a) Inhibition centrale venue de centres corticaux après réflexion sur les centres hypothalamo-hypophysaires ou directement de ceux-ci ;

b) Inhibition réflexe lors d'une perturbation générale. Cette perturbation, intéressant les échanges d'eau et apparemment plus encore ceux de l'ion Na, est liée à une modification causée par l'absence de pituitrine, dont l'injection agit sur la soif bien avant une réhydratation notable. Le point de départ de l'action réflexe (glomérulaire, tubulaire ou même tissulaire en général) reste à définir.

COMMUNICATIONS

Astéréognosie unilatérale réversible, suite d'engagement des amygdales cérébelleuses. — MM. P. Martin et Klecntjens, à propos de cette observation, soulignent qu'à côté des astéréognosies corticales dont on ne doit faire le diagnostic que s'il existe des troubles homolatéraux de la sérine corticale, on doit penser à une origine billaire ou bulbo-protubérantielle en cas de symptômes attribuables à une atteinte des structures soustensorielles.

Ostéite tuberculeuse du crâne avec tuberculose cérébrale. — MM. Diego Furtado et Marques.

Catatonie par compression diencéphalique. — MM. Diego Furtado et Freibas.

Tumeur solide du troisième ventricule opérée et guérie. — MM. Barre, Philippides et Steuben.

Chordome malin lombaire, propagé au sacrum et aux os iliaques (métastases dorsale, costale et vésicale). — MM. H. Roger, L. Cornil et Y. Poursines présentent l'observation anatomo-clinique avec étude histologique d'un cas de tumeur maligne de la notochorde. Le point de départ lombaire constitue une rareté, ordinairement les tumeurs étant localisées au sacrococcyx ou à la région de la base du crâne.

La symptomatologie rappelait celle du tube urinaire (dysurie, ébauche de syndrome de la queue de cheval, abolition des réflexes achilléens). Le début remontait à deux ans.

Il existait par ailleurs une hémiatrophie linguale, due probablement à une lésion métastatique du trou condylien.

Atteinte de la calotte pédonculaire et des régions sous-thalamiques par projectile de guerre

Hémiplégie et hémiballisme transitoires, hémianopsie, hémiasynergie et syndrome de Parinaud définitifs. — MM. A. Porot et A. Larmande rapportent l'observation d'un malade chez qui un éclat métallique entré au niveau de la région pariétale postérieure gauche vint se poser à droite sur l'étage moyen de la base du crâne avec trajectoire légèrement descendante et d'arrière en avant. Atteinte inégalement grave des formations sous-thalamiques et de la calotte pédonculaire. Hémiballisme gauche pendant quatre à cinq jours. Hémiplégie droite pyramidale durant six semaines, entièrement réversibles. Comme séquelles définitives : hémianopsie homonyme latérale droite, hémiasynergie avec tremblement intentionnel à droite, atteinte partielle de la troisième paire droite avec syndrome de Parinaud dissocié.

Hémiparkinsonisme chez un jeune sujet avec crises narcoleptiques suivies d'accès oniriques hallucinatoires. Origine réflexe possible. — MM. A. Porot et H. Aubin rapportent l'histoire d'un malade de 41 ans qui eut une blessure du coude à l'âge de 18 ans, suivie de douleurs à type de névrite ascendante, d'amyotrophie de toute le membre supérieur, tendant à gagner aussi le membre inférieur homolatéral. Trois ans après, apparition d'un hémisyndrome parkinsonien qui dure depuis plus de quinze ans et ne franchit jamais la ligne médiane. En association avec ce syndrome parkinsonien, accès paroxystiques de narcolepsie avec, au réveil, hallucinations polysensorielles créant de l'anxiété et dictant des troubles graves du comportement (tentatives de suicide, agressions). Auto-critique conservée après la fin du cycle narco-onirique. Pas d'organisation délirante. Discussion sur l'origine réflexe possible de ces désordres, conjointement à une syphilis latente du névraxe.

M. Parré considère que le parkinsonisme post-traumatique d'origine périphérique doit être tenu pour très suspect.

Myasthénie grave et myopathie. Données biologiques. Effets d'un transplant anti-hypophysaire. — MM. J. E. Paillas, J. Boudouresques et H. Gastaut ont observé un garçon de 18 ans, atteint depuis deux ans d'une myasthénie grave associée à une myopathie atrophique à forme proximale. La cholinestérose sérique est d'un taux normal, non influencée par la prostigmine. Cependant la prostigmine est cliniquement efficace, ainsi que les injections d'extrait de lobe antérieur de l'hypophyse. Se fondant sur cette dernière particularité, les auteurs ont essayé la greffe d'une hypophyse de bœuf. L'amélioration clinique et biologique qui succéda à cet essai de greffe ne fut malheureusement que temporaire.

Jean Lereboullet.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance annuelle tenue le 24 décembre 1946

Allocution de M. le Président.

Proclamation des prix décernés en 1946 par l'Académie. — M. Bénard.

Duchenne de Boulogne et son temps. — M. Lhermitte. — Né en 1806 à Boulogne, fils d'un corsaire boulonnais commandant *L'Espiègle*, un des premiers titulaires de la Légion d'honneur, Guillaume-Benjamin-Aman vient faire, au désespoir des siens, ses études de médecine à Paris en 1826. Rien de saillant ne marque cette période après laquelle il revient exercer la médecine à Boulogne où il acquiert une situation professionnelle et morale enviables. Il se marie ; après deux ans sa femme meurt lui laissant un jeune enfant. Une atmosphère de calomnie l'entoure alors et il repart pour Paris. Il s'y remet au travail pour élucider les effets par lui remarqués de l'action sur les faisceaux musculaires isolés du courant faradique, étudie à nouveau l'anatomie, la physiologie, la physique et est assidu à l'hospice de la Salpêtrière. En 1829, il se remarie, mariage malheureux dont il se console par le travail. Il publie successivement de magistrales études sur l'électrification localisée, occasion de polémiques avec les Becquerel et avec Remak ; sur l'expression provoquée de la mimique, où il fixe par la photographie les expressions du visage sous l'action du courant électrique localisée à chacun des muscles peauciers ; sur l'atrophie musculaire progressive (type Aran-Duchenne), la paralysie glosso-labio-laryngée, l'ataxie locomotrice progressive ; enfin publie une étude qui fait date sur la *Physiologie des mouvements*. La fin de sa vie, son foyer tant bien que mal reconstitué, est attristée par les revers de 1871 auxquels il ne survit que peu d'années.

Duchenne de Boulogne demeure comme un de ces savants qui « apparaissent dans le ciel de l'esprit à la manière d'une révélation et surprennent par leur capricieuse incidence et leur fantaisie » mais dont l'esprit d'analyse à base de conscience et de vérité se double d'un profond sentiment d'humanité et qui vérifient l'adage que « connaître c'est d'abord aimer ».

Prix décernés : Prix Alvarenga, professeur Mériel, de Toulouse, à Montréjeau (Haute-Garonne). — Prix Apostoli, Dr André Denier, de la Tour du Pin. — Prix Argut, Dr Dupraz, de Paris. — Prix François-Joseph-Audiffred, Dr W. Schaeffer, de Paris. — Prix du baron Barbier, Mlle Marguerite Dauzier, de Neuilly-sur-Seine. — Prix Bouchet-Renault, Mme Sablé, de Paris. — Prix Boullard, Dr Alain Rouault de la Vigne, de Paris. — Prix Boulongne, Dr Boisseau, de Nice. — Prix Mathieu-Bourceret, Dr Jacques Bénard, de Paris. — Prix Brault, Dr Gallais, de Marseille. — Prix Henri-Buignet, Dr Dumazert, de Marseille. — Prix Buisson, Dr Rambert, de Paris. — Prix du Dr Burgkly, Dr Chuche, de Paris. — Prix Pierre-Cadiot, Dr Benda, de Paris. — Prix Cailleret, Dr de Grailly et Dr Destrem, de Bordeaux. — Prix Chevillon, Dr Tagliante-Saracino, de Villejuif. — Prix Clarens, Dr Brisou, de Paris. — Prix Clerc, Drs Kaswin et Serfaty, de Paris. — Prix du Dr Emile-Combe, professeur Imbert, de Marseille. — Prix du XIIIe Congrès, Dr Ch. Coury, de Paris. — Prix Demarle, Dr Stephan,

de Nantes. — PRIX DESPORTES, Dr Dujardin, de Rabat. — PRIX DIEULAFOY, Dr Louyot, de Nancy. — FONDATION DREYFOUS, M. Robert Tricot, de Paris. — PRIX GASTON-FOURRIER, M. Vacquier, d'Issy-les-Moulineaux. — PRIX HENRI et MAURICE-GARNIER, MM. Violle et Nabonne, de Marseille. — PRIX ERNEST-GODARD, Dr R. Galmighe, de Paris. — PRIX JACQUES-GUERETIN, Dr Boiteux, de Paris. — PRIX DU Dr GUILLAUMET, M. J. Sutter, de Paris. — PRIX GUINCHARD. — Dr Floch, de Cayenne. — PRIX PIERRE-GUZMAN, Dr Ed. Sortais, de Paris. — PRIX CATHERINE-HADOT (Médecine), partagé entre : Dr Goury-Laffont, de Paris ; professeur Hauduroy, de Lausanne. — PRIX CATHERINE-HADOT (Hygiène), Dr Besson, de Paris. — PRIX HERPIN (de Metz), Dr P. Giroud, de Paris. — PRIX HUGO, Dr Geneviève Genty, de Paris. —PRIX INFROIT, Dr Baclesse, de Paris. — FONDATION JANSSEN. L'Académie décerne dix parts à : Mme Chauchard, de Châtillon-sous-Bagneux ; Mme Lerique-Kœchlin, de Paris ; M. Brumpt, de Paris ; Mlle le Dr Tissier, de Paris ; Dr Schapira, de Paris ; Dr Bernard Halpphen de Paris ; M. Lasfargues, de Garches ; Dr Vaisman, de Paris ; professeur Gounelle, de Paris ; Dr Vendrely, de Garches. — PRIX LABORIE, Dr Gérard Guiot, de Paris. — PRIX DU BARON LARREY, Dr Malthete, de Paris. — FONDATION LAVAL. — M. Jean-Louis Funck-Brentano, de Paris. — PRIX LORQUET, Dr Lacroix, de Paris. — PRIX MAGITOT, Dr Rigault, de Paris. — PRIX GEORGES-MERZBACH, Dr Davy, de Praz-Coutant. — PRIX MEYNOT, Dr R. Joinville, de Paris. — PRIX MONBINNE, Médecin-commandant A. Ristorcelli, de Oujda (Maroc). — PRIX NATIVELLE, M. Louis Millat, d'Antony. — PRIX DU Dr GUSTAVE-OLLIVE, Dr R.-Adrien Delauney, de Paris. — PRIX ORFILA, Drs Legroux, Jéramec, Tchernia, J. C. Levaditi et Lucien Second, de Paris. — PRIX OULMONT (Médecine), M. Pierre Renault, de Saint-Mandé (Seine). — PRIX PANNETIER, Mlle Pages, de Neuilly-sur-Seine. — PRIX BERTHE-PÉAN. — Dr Berthon-Roujeau, de Villejuif. — PRIX JULES-EMILE-PÉAN, Dr Reymond, de Paris. — PRIX RICAUX (Diabète), Dr Maurice Wahl, de Marseille. — PRIX RICAUX (Tuberculose), Drs Bernou, de Châteaubriant (Loire-Inférieure) ; d'Hour, de Lille ; Médecin-colonel Fruchaud, d'Alep (Syrie). — PRIX ALBERT-ROBIN, Dr Pierre Fourment, d'Alger. — PRIX ROUSSILHE (Dermatologie), professeur Gaté, de Lyon. — PRIX ROUSSILHE (Vénéréologie), Dr Lévy-Bing, de Paris. — PRIX ROUSSILHE (Dermato-vénéréologie coloniale), Médecin-colonel J. Tisseuil, d'Exideuil-sur-Vienne (Charente). — PRIX SABATIER, Dr H. Renaudin, de Constantine. — PRIX SAINTOUR, Dr Maurice Pont, de Lyon. — PRIX TARNIER, Dr Granjon, de Paris. — PRIX TESTUT, Dr Teissandier, des Mureaux (Seine-et-Oise). — PRIX VERNOIS, Dr J. Auffret, de Paris ; Mme Suzanne Barge-Nicoud, de Châteauroux.

RÉCOMPENSES POUR LE SERVICE DE L'HYGIÈNE ET DES MALADIES CONTAGIEUSES. — *Rappel de Médaille d'argent :* M. le Dr Fischer (de Bordeaux). — *Médailles d'argent :* MM. les Drs Abonnenc (de Cayenne) ; Deschamps (d'Orléans) ; Le Floch (de Cayenne) ; Mme Lacambre-Dudevant (de Nantes).

SERVICE DE LA TUBERCULOSE. — *Médaille de vermeil :* M. le Dr Gosselin (de Caen). — *Médailles d'argent :* MM. les Professeurs Andrieu (de Toulouse) ; Delore (de Lyon) ; MM. les Drs Bindschedler (de Strasbourg) ; Bonnet (de Moulins) ; Coupel (d'Ille-et-Vilaine) ; Delie (de Beauvais) ; Madelaine (du Calvados) ; Pietri (de Digne) ; Rendu (de Paris) ; Rodon (du Loiret) ; Roulle (de Craye-sur-Mer). — *Médailles de bronze :* Mlle le Dr Jacqueline Debain (de Paris) ; MM. les Drs Alaroze (de Niort) ; Auperin (de Seine-Inférieure) ; Blanc (de la Marne) ; Forgcot (de Haute-Marne) ; Guibert (de Troyes) ; Marmasse (du Nord) ; Mariot (de Pont-à-Mousson) ; Salleron (de Paris) ; Villette (du Nord).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — *Médaille d'or :* M. le Dr Beutter (de Saint-Etienne). — *Médaille de vermeil :* MM les Professeurs Larsen (de Copenhague) ; Lichtenstein (de Stockholm) ; Wallgren (de Stockholm) ; MM. les Drs Cojan (de Paris) ; Longepierre (de Paris). — *Rappels de médailles d'argent :* MM. les Drs Berton (de Nevers) ; Thieffry (de Paris). — *Médailles d'argent :* Mlle le Dr Petot (de Paris) ; MM. les Professeurs Desbuquois (de Tours) ; Jeune (de Lyon) ; Julien Marie (de Paris) ; MM. les Drs Beraud (de la Rochelle) ; Besson (de Paris) ; Danzig (de Paris) ; Desfour (de Montpellier) ; Dussaut (de Valence) ; Lowys (du Roc des Fiz) ; Maureliet (de Paris) ; Robert (d'Issoudun) ; Semelaigne (de Paris) ; Thiéry (de Paris) ; Caillet (du Bas-Rhin) ; Jais (de la Seine) ; Ronget (de la Seine) ; Wertheimer (de la Seine). — *Médailles de bronze :* Mmes les Drs Bargeton (de Paris); Lacombe Dudevant (de Nantes) ; Nigay (de Vichy) ; Rodet-Grigouroff (de Paris) ; Mlles les Drs Debain (de Paris) ; Seror (de Brolles) ; Sourdillon (de Tours) ; MM. les Drs Bailly-Salins (de Lons-le-Saulnier) ; Bernard (de Paris) ; David (de Paris) ; Danhier (de Paris) ; Guerder (de Paris) ; Jodin (de Paris) ; Lejemble (de Paris) ; Mozziconacci (de Paris) ; Oulvy (de Paris) ; Trant (de Chambéry) ; Vaslin (de Nanterre) ; Zha (de Paris).

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — *Médailles d'or :* MM. les Drs J. Baumann (de Châtel-Guyon) ; M.-E. Binet (de Vichy) ; Ch. Debray (de Paris) ; H. Gœhlinger (de Châtel-Guyon). — *Médaille de vermeil :* M. le Dr Baumgartner (d'Aix-les-Bains). — *Médailles d'argent :* MM. les Drs P. Fouquiau (de Contrexéville) ; J. Graber Duvernay (d'Aix-les-Bains) ; J. Leray (de Brides-les-Bains) ; Mlle Coste (de Paris) . — *Médaille de bronze :* M. le Dr Ch. Petit (de Bagnoles-de-l'Orne).

SERVICE DE LA VACCINE (1° VACCINATION ANTIVARIOLIQUE). — *Rappel de médaille d'argent :* Dr Guerrier (Pierre-Paul-Octave), à Paris. — *Médailles d'argent :* MM. les Drs Benard (René,) à Paris; Bestieu (René), à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Cayet, à Strasbourg (Bas-Rhin) ; Coste (Florent), à Paris ; Dusan (Jean), à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Gautier, à Paris ; Huber (Julien), à Paris ; Kuhn, à Strasbourg (Bas-Rhin) ; Marquézy (R.), à Paris ; Martin (René), à Paris ; Ponthieu (Julien), à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Mlle le Dr Gerin (Marcelle), à Paris. — *Médailles de bronze :* MM. les Drs Huguet, à Paris; Janin-Soudant, à Paris ; Mockers (Georges), à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Montalent, à Paris ; Plassat, à Paris ; Taddei (Antoine), à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Tondre, à Strasbourg (Bas-Rhin) ; Verdet (Maurice), à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Mlle le Dr Arnaud (Germaine), à Marseille (Bouches-du-Rhône).

2° VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE. — *Médailles de vermeil :* MM. les Drs Floch (Hervé), à la Guyane ; Jude (André), à Paris. — *Médailles d'argent :* MM. les Drs Bohn (André), à Paris; Jouffrault (André,) à Paris. — *Médailles de bronze :* MM. les Drs Colin (Pierre), à Paris; Rabant (Bernard), à Paris; Mlle le Dr Tulliez (Denise), à Paris.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1946

Cyanose congénitale opérée. — M. J. HUBER et Mlle PITHON présentent un enfant atteint de tétralogie de Fallot qui fut opéré par anastomose de l'artère sous-clavière droite avec l'artère pulmonaire (opération de Blalock). Les suites opératoires sont excellentes : le coefficient d'oxygénation est passé de 35 à 75 %, la cyanose a presque disparu et la polyglobulie est améliorée. Il ne persiste que des séquelles d'hémiplégie ancienne, concomitante de la cyanose.

L'électro-encéphalogramme de l'enfant normal et son interprétation. — MM. R. DEBRÉ, MOZZICONACCI et Mme LERIQUE ont pu déterminer même chez le très jeune enfant l'aspect normal de l'encéphalogramme, caractérisé par un ralentissement des accidents d'autant plus marqués que l'enfant est plus jeune (9 H. par seconde à 9 ans, 4 H. à 5 mois).

Convulsions du premier âge et électroencéphalographie. — MM. R. DEBRÉ, MOZZICONACCI et Mme LERIQUE ont appliqué la méthode précédente à l'étude des convulsions de l'enfance. Ils ont pu faire le diagnostic d'épilepsie par le tracé pointe onde caractéristique dans 80 % des cas chez l'enfant de plus de 4 ans et dans 60 % des cas chez l'enfant plus jeune ; ils discutent les causes de ce déchet. Dans les convulsions du spasme du sanglot, de la spasmophilie et de l'hyperpyrexie, le tracé est normal.

Deux cas de guérison de kala-azar infantile par l'antimoniate de N. Methyl-glucamine. — M. DIDIER (de Tunis).

Emphysème bulleux géant. — M. S. HABIB (du Caire), présente une série de radiographies d'un enfant de 10 ans qui, au cours d'une rhino-pharyngite aiguë, fit d'abord une opacité pulmonaire, puis des cavités de plus en plus grandes. Il discute la pathogénie de ces cavités pseudo-kystiques.

Résultats comparatifs de l'examen mental et de l'examen moteur de quinze enfants. — M. FÈVRE, Mmes VIOLET, TRIBOULET-CHASSEVANT et CANIVET ont étudié l'intelligence, le caractère, la motilité et le profil morphologique de quinze enfants et ont observé en règle générale le parallélisme entre le développement moteur et le développement intellectuel.

Kystes vaginaux et urétro-vaginaux. — M. FÈVRE et Mlle DELON rapportent trois observations de kystes développés dans la paroi urétro-vaginale et en donnent la description inexistante dans les traités classiques. L'origine en est impossible à préciser. Ils ont vu un kyste postérieur intervagino-rectal, dont l'origine intestinale leur paraît vraisemblable.

La Médullo-transfusion par voie tibiale et fémorale en pédiatrie. A propos de deux cas traités par cette méthode. — M. PLANSON a traité par cette méthode une toxicose et une

athrepsie avec des résultats satisfaisants. Les résultats de la médullo-transfusion à la dose de 5 cc. par kilo lui paraissent supérieurs à ceux des autres méthodes et la voie tibiale lui paraît supérieure à la fémorale. Il n'y a aucune réaction post-transfusionnelle.

Caverne tuberculeuse chez un nourrisson de 10 mois. Début par atelectasie totale droite. Evolution subaiguë en un an et demi. — M. CADY (d'Angers).

Un nouveau cas de maladie de Lange. — M. WILLEMIN-CLOG présente un cas typique de maladie de C. de Lange coexistant avec une hypertrophie musculaire généralisée.

SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1946

Présentation de quatre hérédo-syphilitiques. — MM. HEUYER et LEBOVICI.

Résultats des travaux de la Commission de posologie infantile. — M. LESNÉ.

Traitement des méningites à bacilles Pfeiffer par les sulfamides et la pénicilline. — MM. R. MARTIN, B. SUREAU et MILLET insistent sur les difficultés du traitement qui exige une concentration sulfamidée dans le sang supérieure à 50 milligrammes et l'emploi de fortes doses de pénicilline. Ils insistent sur la fréquence et la cavité des rechutes. Néanmoins, ils ont observé quelques cas de guérison.

Séquelles paralytiques de la méningite cérébro-spinale infantile. — MM. R. DEBRÉ, THIEFFRY et MANDE rapportent deux cas de monoplégie flasque du membre inférieur gauche survenus tardivement au décours d'une méningite cérébro-spinale traitée dans un cas par la pénicilline et dans l'autre par le Dagénan. Le début a été brusque ; les paralysies sont restées flasques pendant toute l'évolution et se sont accompagnées d'amyotrophie importante.

Tuberculomes cérébraux multiples chez un enfant de 4 ans. — MM. SARROUY, ARNAUD-BATTANDIER et TABONE (d'Alger).

Maladie de Leiner-Moussous traitée par des applications externes d'huile de foie de morue. — MM. SARROUY, ARNAUD-BATTANDIER et TABONE (d'Alger).

Œsophagite ulcéreuse chez un nourrisson. — MM. MARQUÉZY et ROYER rapportent l'histoire d'un nourrisson atteint, à intervalles irréguliers, de vomissements et de petites hématémèses chez lequel la radiographie montra une hypersécrétion gastrique et une incisure de l'œsophage évoquant l'idée d'un ulcère. Ils n'ont pu, malheureusement, faire le contrôle œsophagoscopique.

Adénome kystique de l'hypophyse chez un enfant de 9 ans. Ablation chirurgicale. Evolution de la croissance staturale et pondérale les trois années suivantes. —
et GROS ont procédé à l'ablation d'un adénome kystique chez un enfant de 9 ans en état d'hypotrophie générale avec hypoplasie génitale, diabète insipide et syndrome tumoral. La nature kystique de la tumeur, l'aspect clair de son contenu liquide et l'absence de récidive précoce amènent au diagnostic d'adénome kystique, exceptionnel à cet âge. Les suites opératoires furent excellentes : au bout d'un an, rétrocession complète du diabète insipide et partielle des troubles visuels et, dans le cours de la troisième année, reprise de la croissance et amorce de développement génital.

Cataractes congénitales faisant suite à un début de gestation anormale et à des troubles du métabolisme maternel. M. G. LEFEBVRE, de Lille).

Guérison d'un ictère grave du nouveau-né avec érythroblastose traité par injections répétées de sang maternel il y a huit ans. Iso-immunisation actuellement démontrée. — — M. G. LEFEBVRE (de Lille).

La valeur de la ponction de l'antre pour le diagnostic de l'antrite du nourrisson. — MM. ROHMER, SCHNEEGANS et BYDD confirment la valeur de ce procédé d'exploration entre les mains d'un spécialiste averti pour poser le diagnostic d'antrite chez le nourrisson.

CORRESPONDANCE

A propos des piqûres de frelon (1)

au docteur Georges RANCE

Cher Confrère,

J'ai été, comme vous l'aviez souhaité, très satisfait en lisant dans la *Gazette* du 21 décembre 1946, votre intéressante observation d'un cultivateur piqué par un frelon. Ce qui m'a fait particulièrement plaisir, ce fut d'apprendre que votre malade était très inquiet, avait une sensation d'angoisse intense. J'ai éprouvé moi-même quelque chose de comparable, me semble-t-il, à la sensation de mort imminente que l'on décrit dans l'angine de poitrine et qui ne lui serait pas spéciale. Ainsi, je n'ai pas eu, après avoir été piqué par une guêpe, ce qu'on appelle vulgairement la frousse, mais bien ce malaise indéfinissable que votre malade vous a signalé.

Quant aux accidents nerveux que vous avez constatés, je ne suis pas assez neurologue, je ne le suis même pas du tout, pour les expliquer, J'adopterai assez volontiers votre hypothèse d'un œdème cérébral par urticaire.

Ne voyons-nous pas des cardiaques qui présentent divers troubles nerveux quand ils ont des œdèmes. J'ai soigné pendant longtemps un cardiaque très intelligent, très cultivé ; quand il avait des œdèmes il perdait complètement la mémoire et ne disait que des enfantillages : les œdèmes disparus, il redevenait un brillant causeur.

Professeur Maurice BRELET.

Cf. *Gaz. Hôp.*, 1946, n° 25, p. 512. A propos d'une piqûre de guêpe, par M. BRELET, de Nantes (auto-observation).
Gaz. Hôp. 1946, n° 28, p. 559. A propos d'une piqûre de guêpe, par M. BONIS, du Moulleau.
Gaz. Hôp. 1946, n° 30, p. 594. Effets inattendus d'une piqûre de frelon, par M. GEORGES RANCE, de Mougins.

INTERETS PROFESSIONNELS

Chambre syndicale des médecins de la Seine

Assemblée générale. — L'Assemblée générale de la Chambre syndicale des médecins de la Seine s'est tenue le 11 décembre 1946, à 21 heures, 60, boulevard de Latour-Maubourg. L'assistance était très nombreuse et la discussion fut souvent passionnée et parsemée d'incidents.

En ce qui concerne les **assurances sociales**, l'ordre du jour ci-dessous présenté par le Dr Hautmann a été voté à une très forte majorité :

« La Chambre syndicale des médecins de la Seine, réunie en Assemblée générale le 11 décembre 1946 ;

« Considérant qu'il est d'intérêt public que la profession médicale conserve son caractère de profession libérale, c'est-à-dire qu'elle garde son indépendance complète vis-à-vis de l'Etat et des collectivités ;

« Considérant qu'elle ne peut garder ce caractère libéral qu'à la condition que les principes de la Charte soient intégralement respectés, aussi bien dans leur lettre que dans leur esprit ;

« Considérant, par ailleurs, que le Corps médical a toujours gardé, dans ses revendications diverses, un caractère de modération qu'il serait désirable de voir imité par les autres corporations ;

Donne mandat à ses délégués à l'Assemblée générale de la Confédération des syndicats médicaux français de s'opposer à toute atteinte, même légère, à l'un quelconque des principes de la Charte médicale. »

Sur le rapport du Dr Quivy, l'Assemblée générale a également adopté une motion concernant les charges fiscales d'une part, et d'autre part la sécurité sociale et les allocations familiales des médecins.

La motion adoptée propose les mesures suivantes :

En matière fiscale :

a) L'abolition de la patente, ou tout au moins l'institution d'une réduction substantielle en faveur des débutants pendant leurs trois premières années d'exercice, des médecins ayant la charge d'une famille nombreuse, des médecins âgés de plus de 65 ans, et enfin de ceux dont le revenu est inférieur au minimum vital ;

b) L'abaissement du taux de la cédule des professions non commerciales, si possible jusqu'au taux de 16 % de la cédule des salaires ;

c) Le relèvement à 60.000 francs de l'abattement à la base de la cédule, avec taux réduit de moitié entre 60 et 80.000 francs, comme à la cédule des salaires ;

d) Le relèvement des plafonds de réduction pour charges de famille aux taux de 3.000 francs pour les deux premiers enfants et de 9.000 francs pour chacun des suivants, comme à la cédule des salaires.

En matière d'allocations familiales :

a) Le rétablissement de la caisse d'allocations familiales des professions médicales avec maintien de la participation du tiers des charges par l'Etat ;

b) L'exonération de toute cotisation aux caisses d'allocations familiales pour les médecins remplissant l'une des conditions suivantes :

Soit avoir élevé quatre enfants jusqu'à 14 ans et ne plus percevoir d'allocations familiales ;

Soit justifier, dans l'année précédente, d'un revenu global mensuel inférieur à la moitié du salaire moyen départemental.

D'autre part, l'exonération de moitié pour la cotisation aux caisses d'allocations familiales pour les médecins remplissant l'une des conditions suivantes :

Soit avoir élevé trois enfants jusqu'à 14 ans et ne plus recevoir d'allocations familiales ;

Soit justifier de n'avoir pas été imposé dans l'année précédente à l'impôt général sur le revenu ;

Soit justifier qu'on a atteint 65 ans ;

c) L'extension aux travailleurs indépendants de l'allocation du salaire unique.

En matière de sécurité sociale du médecin :

a) L'autorisation de création d'une caisse autonome de retraites et de sécurité sociales ;

b) L'abolition des dispositions des ordonnances du 22 mai et du 18 septembre 1946, qui constituent une véritable spoliation de la profession en obligeant les médecins à cotiser à une assurance vieillesse dont ils ne bénéficieront pratiquement pas, ce qui les contraint d'envisager une résistance collective pouvant aller jusqu'au refus de cotiser.

Confédération des Syndicats médicaux français

60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e)

Assemblée générale des 15, 16 et 17 décembre 1946

La Confédération des Syndicats médicaux français a tenu son Assemblée générale statutaire les 15, 16 et 17 décembre.

Deux cent quarante-trois délégués étaient présents, représentant tous les départements de la France métropolitaine et de l'Algérie.

Toutes les grandes questions à l'ordre du jour ont été exposées et discutées.

Premier jour : Retraite du médecin, Code de déontologie, rapports Ordres-Syndicats.

Médecine du travail. — A ce sujet, l'Assemblée a décidé de poursuivre, en Conseil l'Etat, l'annulation du décret du 26 novembre 1946, comme étendant abusivement les prescriptions légales (loi du 11 octobre 1946).

Question fiscale. — Les démarches et l'action déjà entreprises seront continuées en vue d'obtenir : l'alignement de la cédule professionnelle sur celle des traitements et salaires, le relèvement de 10 à 60.000 de l'abattement à la base, l'alignement des abattements pour charges de famille sur ceux des salariés et fonctionnaires, la modification du taux de progressivité de l'impôt général, etc.

Association médicale mondiale (World Medical Association)

Un exposé général a été fait de la création et des buts de cette Association mondiale, à laquelle adhère la Confédération des Syndicats médicaux français, et qui est en liaison avec l'Unesco et la World Health Organisation.

A cette occasion, l'Assemblée a manifesté sa reconnaissante sympathie au docteur Fernand Decourt, fondateur et animateur pendant vingt-deux ans de l'Association professionnelle internationale des médecins, à laquelle succède l'Association médicale mondiale.

Deuxième jour. — Cette journée a été occupée en entier par la discussion portant sur la Sécurité sociale.

L'extension de la Sécurité sociale à notre profession a été discutée et spécialement la question de l'assurance vieillesse. Tout en faisant à la solidarité sociale une part raisonnable et acceptée, le Corps médical désire gérer lui-même les risques vieillesse, invalidité, décès et maladie. Sa situation très spéciale en la matière justifiant largement une dérogation déjà accordée à d'autres catégories : fonctionnaires, ouvriers mineurs, ouvriers et employés de la S. N. C. F., etc.

Au sujet de la question grave et actuelle de l'assurance maladie-maternité, l'Assemblée générale des Syndicats médicaux a affirmé d'abord, à la presque unanimité, son désir d'entente avec les organismes de la Sécurité sociale et a souhaité la continuation des pourparlers engagés à cet effet entre la F. N. O. S. S. et la C. S. M. F.

Après une longue discussion, l'Assemblée a voté le texte ci-dessous :

Modus vivendi transitoire

Le Conseil de la Confédération estime urgent d'établir les bases d'un modus vivendi vis-à-vis des assurés sociaux qui, tout en maintenant les principes de la Charte médicale, permette à ceux-ci de bénéficier des avantages que leur accorde l'ordonnance du 19 octobre 1945, ceci en attendant les modifications dont il a établi le projet.

A cet effet, il décide :

1° Les Syndicats départementaux établiront un barème d'honoraires syndicaux ;

2° Ce barème sera établi en tenant compte notamment des tarifs minima de 1939, du coefficient d'augmentation des salaires, traitements et indemnités, et de l'augmentation beaucoup plus forte des frais professionnels ;

3° Chaque barème sera homologué et, le cas échéant, fixé par le Conseil de la Confédération qui veillera à l'application loyale des règles édictées ;

4° Ce barème sera révisé lorsque les éléments prévus au paragraphe 2 se seront élevés ou abaissés dans une proportion qu'il conviendra de fixer et qui ne saurait être supérieure à 20 % ;

5° Les barèmes ainsi homologués sont communiqués par les Syndicats départementaux aux Caisses primaires qui font leurs propositions à la Caisse régionale

intéressée, en vue de la signature de conventions provisoires suivant les règles du modus vivendi, conventions qui précéderaient éventuellement la signature de nouvelles conventions rendues possibles par les modifications réclamées à l'ordonnance du 19 octobre 1945 ;

6° En cas de désaccord sur les barèmes, entre les Syndicats départementaux et les Caisses régionales, une Commission paritaire, composée de représentants de la Confédération des Syndicats médicaux français et de représentants de la Fédération nationale des Caisses de Sécurité sociale, est saisie du différend et procède à son règlement par voie amiable, compte tenu des éléments retenus d'un commun accord pour la détermination du montant des honoraires ;

7° Pour apporter à la bonne marche de la Sécurité sociale une aide efficace et puissante, la Confédération des Syndicats médicaux s'engagera :

a) A veiller à ce que les honoraires homologués par la Confédération soient maintenus dans des limites strictement raisonnables ;

b) A ce que les honoraires soient appliqués effectivement à tous les assurés dont les ressources globales, le train de vie, compte tenu des charges, ne permettent pas l'assimilation aux catégories aisées de la population. Ils le feront suivant leur conscience et dans l'esprit social le plus large, toute contestation d'honoraires devant être déférée à la juridiction professionnelle ; seule la juridiction professionnelle devant arbitrer ou juger tout dépassement qui, hors les dérogations légales, apparaîtrait comme excessif ;

c) Les médecins seront invités de façon pressante et continue :

1° A limiter au nécessaire, dans tous les cas, les prescriptions médicamenteuses et autres ;

2° A freiner dans toute la mesure du possible l'absentéisme, c'est-à-dire prescrire les repos nécessaires, mais seulement ceux qui seront jugés indispensables au rétablissement complet des malades ;

3° A collaborer au plan technique sanitaire et social, en particulier par une représentation plus importante au sein des Conseils d'administration des différents organismes.

Troisième jour. — Il fut consacré aux études suivantes :

Examen et approbation du cahier de revendications de la Chambre syndicale des Médecins du Nord, sur exposé du professeur Legrand (Lille). Accidents du travail (loi du 30 octobre 1946).

D'autres questions furent rapidement évoquées :

Le plan de réorganisation sanitaire du pays ;

La lutte contre les fléaux sociaux ;

La propharmacie ;

La médecine frontalière.

Enfin furent examinées les questions complexes et fort irritantes le plus souvent, touchant les produits contingentés : voitures, pneus, etc., et surplus américains.

Les pouvoirs publics semblent n'avoir toujours pas compris l'acuité et la gravité du problème, qui leur est cependant rappelé au moins hebdomadairement.

Elections

Le Conseil d'administration s'est ensuite réuni pour la désignation des membres du bureau.

Ont été élus :

Président : M. le Prof. Marquis (Ille-et-Vilaine) ; vice-présidents : M. le Dr Berche (Pas-de-Calais), M. le Prof. Filachet (Somme), M. le Dr Rouèche (Seine) ; trésoriers : MM. les Drs Caillaud (Loiret), Mouthon (Seine-et-Oise) ; secrétaire général : M. le Dr Paul Cibrie ; secrétaire général adjoint, M. le Dr Georges Ropers.

Appel au public mondial

Une nouvelle catastrophe menace, dans les pays ravagés par la guerre, des millions d'êtres humains, sans abri, insuffisamment vêtus, mal protégés contre les épidémies. Affaiblis par les privations de toutes sortes, ces déshérités seront incapables de subsister durant ce nouvel hiver sans l'apport massif de secours.

La récolte agricole de 1946 a amélioré la situation alimentaire dans les pays dévastés d'Europe et d'Asie. Les stocks cependant seront épuisés sous peu. Aux sans-abris vivant dans les ruines sont venues s'ajouter des populations entières transférées hors de leurs foyers. La sous-alimentation a fait partout des ravages profonds. Le nombre des tuberculeux a augmenté d'une manière inquiétante, des centaines de milliers de malades attendent encore des soins médicaux, mais les fonds manquent pour assurer leur guérison et pour parer au danger de contagion.

Il faut des céréales, des matières grasses, des produits pharmaceutiques, des vêtements, des chaussures, des couvertures. De grands dons en espèces sont également indispensables.

Ayant vu les effets désastreux de la misère croissante, recevant constamment des appels au secours angoissés, nous élevons à nouveau la voix pour demander que chacun fasse un nouvel effort et agisse vite.

Que chacun donne selon ses moyens et verse sa cotisation aux organismes de secours nationaux ou internationaux qui ont accepté le principe d'une aide à tous les êtres humains dans la détresse.

Caritas Catholica Internationalis.
Comité International de la Croix-Rouge.
Union Internationale de Protection de l'Enfance.
Conseil Œcuménique des Eglises.
Alliance Universelle des Unions chrétiennes de Jeunes Gens (Y. M. C. A.)
Union des Sociétés (O. S. E.) de Secours aux Enfants et de Protection de la santé des populations juives.
Centre d'Entraide internationale aux populations civiles.


OXYURYL
VIOLET DE GENTIANE

Dépôt légal. — 1947. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 2. — SAMEDI 11 JANVIER 1947 — 120e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. ; Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr.
Chèques Postaux Paris : 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Affectations du personnel médical pour 1947

Médecins

I. Remplacement des médecins admis à l'honorariat :

A l'hôpital Bichat (remplacement de M. Faroy) : M. Rachet (service non mis au choix. M. Rachet devait, le 1er janvier 1946, aller à Saint-Antoine en remplacement de M. le professeur Chabrol. Il est resté à Tenon en 1946, étant donné que M. Chabrol était resté à Saint-Antoine).

A l'hôpital Tenon (remplacement de M. Rachet) : M. Schwob, médecin des hôpitaux, délégué dans les fonctions de chef de service.

A l'hôpital Tenon (remplacement de M. May) : M. Cattan, de l'hôpital Tenon.

A l'hôpital Tenon (remplacement de M. Cattan) : M. Lièvre, médecin des hôpitaux, délégué dans les fonctions de chef de service.

II. Remplacement de M. le professeur Fiessinger, de l'Hôtel-Dieu, décédé :

M. Henri Bénard, de l'Hôtel-Dieu, nommé professeur de clinique.

Remplacement de M. le professeur Henri Bénard à l'Hôtel-Dieu : M. Lambling (M. Lambling devait remplacer le 1er juin 1946 M. Garcin, qui devait quitter l'Hôtel-Dieu pour la Pitié.

M. Garcin est resté en 1946 à l'Hôtel-Dieu et renonce cette année au service de la Pitié pour demeurer à l'Hôtel-Dieu).

Remplacement de M. Garcin à l'hôpital de la Pitié : M. Gilbert Dreyfus, de l'hôpital Boucicaut.

Remplacement de M. Dreyfus à l'hôpital Boucicaut : M. Lenègre, de l'hôpital Lariboisière.

Remplacement de M. Lenègre à l'hôpital Lariboisière : M. Derot, de l'hôpital Lariboisière.

Remplacement de M. Derot à l'hôpital Lariboisière : M. Albeaux-Fernet, médecin des hôpitaux, délégué dans les fonctions de chef de service.

III. Remplacement de M. le professeur Troisier de l'hôpital Laënnec, décédé :

M. Etienne Bernard, de l'hôpital Cochin, nommé professeur de clinique de la tuberculose.

Remplacement de M. le professeur Etienne Bernard à l'hôpital Cochin : M. Pierre Bourgeois, de l'hôpital Boucicaut.

Remplacement de M. Pierre Bourgeois à l'hôpital Boucicaut : M. André Meyer, médecin des hôpitaux, délégué dans les fonctions de chef de service.

IV. Centre de phtisiologie de l'hôpital Broussais. Remplacement de M. Salles, décédé : M. Hamburger, médecin des hôpitaux, délégué dans les fonctions de chef de service.

Consultations générales. — Hôtel-Dieu : M. Sallet ; hôpital Cochin : M. Turiaf ; hôpital Laënnec : M. Brouet ; hôpital Bichat : M. Debray ; hôpital Saint-Louis : M. de Graciansky ; hôpital Hérold : M. Jean Bernard ; hôpital Bretonneau : M. Jean Weill.

Policlinique Bl. Rey : M. Milliez (remplacé T. P. par M. Grenet).

Laboratoire central de Boucicaut : M. Vignalou.

Consultations antivénériennes du soir : Bichat, M. de Graciansky.

Service de chroniques temporaires de Bicêtre : M. Laffitte.

Concours pour la nomination à trois places d'assistant en obstétrique des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 17 février 1947.

Les inscriptions seront reçues du vendredi 10 janvier au mardi 21 janvier 1947 inclusivement, de 14 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés), au Bureau du Service de Santé de l'Administration, 3, avenue Victoria (escalier A, 2e étage).

Concours de l'internat en médecine de 1946

Liste des candidats admissibles aux épreuves orales :

MM. Connault, Jacques, 43 ; Flavigny, Joseph, 43 ; Hinaut, Georges, 43 ; Vaujour, Pierre, 43 ; Trouillard, Pierre, 42 ; Trelat, Jean-Louis, 41 ; Coquard, Philippe, 40 ; Mlle Gilbert, Andrée, 40 ; Solignac, Henri, 40 ; Malinas, Yves, 39 ; Vernant, Pierre, 39 ; Benoit, Pierre, 38 ; Bouttier, Léon, 38 ; Cazes, Georges, 38 ; Laham, Jean, 38 ; Lévêque, Bernard, 38 ; Tobé, François, 38 ; Welfling, Jean-Jacques, 38 ; Cayla, Jacques, 37 ; Goudal, Henri, 37 ; Habib, Georges, 37 ; Tabernat, Jean, 37 ; Voisin, Guy, 37 ; Wapler, Claude, 37.

MM. Berthaux, Paul, 36 ; Closier, Jean-Marie, 36 ; Dhermy, Pierre, 36 ; Etienne, Michel, 36 ; Lestocquoy, Charles, 36 ; Bouffard, Jacques, 35 ; Breynaert, Robert, 35 ; Mlle Foucque, Marie, 35 ; Le Besnerais, Yves, 35 ; Chabrol, Jean, 34 ; Forest, André, 34 ; Hervé, Raoul, 34 ; Martin, Jean-Pierre, 34 ; Matet, Yves, 34 ; Montouchet, Michel, 34 ; Robineaux, Roger, 34 ; Vallin, Jacques, 34 ; Bezard, Jean, 33 ; Bousquet, Guy, 33 ; Clément, Daniel, 33 ; Dionis du Séjour, Henri, 33 ; Hacker, Raymond, 33 ; Pecker, Jean, 33 ; Roisin, René, 33 ; Savoie, Jean-Claude, 33.

MM. Avril, Jean, 32 ; Chapuis, Gérard, 32 ; Collot, Francis, 32 ; Fossard, Jacques, 32 ; Herman, Jean-Marie, 32 ; Julia, Christophe, 32 ; Michaux, Gilbert, 32 ; Pimpaneau, Charles, 32 ; Pironneau, Armand, 32 ; Redor, Maurice, 32 ; Rougerie, Jacques, 32 ; Sourdille, Jean, 32 ; Basset, Guy, 31 ; Batisse, Raymond, 31 ; Mlle Chapu, Madeleine, 31 ; Colbert, Jean, 31 ; Mlle Cruciani, Christiane, 31 ; Debray, Jacques, 31 ; Dessus, Henri, 31 ; Dubost, Claude, 31 ; Dufourmentel, Gérard, 31 ; Ferreux, Jean, 31 ; Goddé, Claude, 31 ; Goursolas, François, 31 ; Guillet, André, 31.

MM. Le Bourhis Jean, 31; Lecointre, Claude, 31 ; Legros, Roger, 31 ; Lernout, Henri, 31 ; Loubry, Pierre, 31 ; Lotte, Jean, 31 ; Marchand, Jean, 31 ; Martinetti, Joseph, 31 ; De Person, Pierre, 31 ; Picard, Robert, 31 ; Pinchon, Serge, 31 ; Richard, Claude, 31 ; Robert, René, 31 ; Roussillon, Jean, 31 ; Sabouraud, Olivier, 31 ; Verlet, Jean, 31 ; Bouchard, André, 30 ; Camaranian, Kéropé, 30 ; Cendron, Jean, 30 ; Chartier, Michel, 30 ; Cotoni, Pierre, 30 ; Cournot, Louis, 30 ; Coutel, Yves, 30 ; Degeorges, Michel, 30 ; Detrie, Philippe, 30.

MM. Dugourd, Jacques, 30 ; Flandre,

Jean, 30 ; Gatelman, Raymond, 30 ; Lagrange, Jean, 30 ; Lamare, Jean-Pierre, 30 ; Lauras, André, 30 ; Lemenager, Jacques, 30 ; Longnos, Pierre, 30 ; Malvezin, Jean, 30 ; Muffang, Yves, 30 ; Pellerin, Denys, 30 ; Potier, Raymond, 30 ; Vallée, Claude, 30 ; Vandooren, Michel, 30 ; Weissenbach, Robert, 30 ; Auvigne, Jean, 29 ; Blanc, Pierre, 29 ; Chabot, Jacques, 29 ; Challe, Jean, 29 ; Friedel, Pierre, 29 ; Guillaumin, Jean-Pierre, 29 ; Hummel, Jacques, 29 ; Jagailloux, Serge, 29 ; Lebrun, Jacques, 29 ; Lefèvre, Jacques, 29.

MM. Legrain, Marcel, 29 ; Lemaire, Marcel, 29 ; Lévy, Pierre, 29 ; Maret, Robert, 29 ; Martin, Alain, 29 ; Massart, Jean-Pierre, 29 ; Mensior, Jean-Paul, 29 ; Mikol, Claude, 29 ; Mlle Ranson, Brigitte, 29 ; Rogé, Jacques, 29 ; Samson, Michel, 29 ; Tardieu, Yvan, 29 ; Tétu, André, 29 ; Uro, Jean-Marie, 29 ; Vanderpooten, Claude, 29 ; Arsac, Michel, 28 ; Baudoin, Yves, 28 ; Bertrand, Jean, 28 ; Bitker, Michel, 28 ; Bonniot de Ruisselet, Robert, 28 ; Bruneau, Jean, 28 ; Cartier, Robert, 28 ; Cellerier, René, 28 ; Cornillot, Robert, 28 ; Coulland, Denis, 28.

MM. Crusson, Constant, 28 ; Damoiseau, Bernard, 28 ; Dandelot, Gérard, 28 ; Dejours, Pierre, 28 ; Dufourmentel, Philippe, 28 ; Dunoyer, Jean, 28 ; Faugeron, Jean, 28 ; Gras, Henri, 28 ; Hennequet, André, 28 ; Hug, Jean, 28 ; Mlle Lebailly, Geneviève, 28 ; Leclercq, Robert, 28 ; Lecoin, Bernard, 28 ; Laham, Edgar, 28 ; Lévy, Alfred, 28 ; Lévy, Pierre, Ulrich, 28 ; Lutier, François, 28 ; Martin, Pierre, 28 ; Mathis, Philippe, 28 ; Mouchot, Philippe, 28 ; Moulonguet, Henri, 28 ; Naudin, Pierre, 28 ; Passelecq, Albéric, 28 ; Pouchol, Georges, 28 ; Renard, Jean, 28 ; Ribierre, Michel, 28.

MM. Viveret, Jacques, 28 ; Bardiaux, Maurice, 27 ; Bernard, François, 27 ; Carage, Philippe, 27 ; Castel, Yves, 27 ; Cornet, Pierre, 27 ; Mme Cotlenko, Monique, 27 ; Curioni, Sylvain, 27 ; Mlle Dupeyron, Thérèse, 27 ; Eon, Michel, 27 ; Flament, Jean, 27 ; Fores, Claude, 27 ; Foucher, Michel, 27 ; Garbay, Michel, 27 ; Giraud, Gabriel, 27 ; Hazard, Jean-Paul, 27 ; Jeanbourquin, Pierre, 27 ; Lataste, Jacques, 27 ; Laumonier, René, 27 ; Maschas, Alexandre, 27 ; Ossipovski, Boris, 27 ; Pette, Francis, 27 ; Poncet, Paul, 27 ; Roger, Pierre 27.

Simoni, Robert, 27 ; Silvestre, Jean, 27 ; Tronc, Jacques, 27 ; de M'Uzan, Michel, 27 ; Briens, Jean, 26 ; Boutry, Pierre, 26 ; Boileau, Michel, 26 ; Bruel, André, 26 ; Calendrier, Louis, 26 ; Charles, Gabriel, 26 ; Chateau, Michel, 26 ; Chouraqui, Claude, 26 ; Coudert, Jean, 26 ; Daffos, Jacques, 26 ; Delatre, Georges, 26 ; Mlle Fauvarque, Yvonne, 26 ; Ferbos, Guy, 26 ; Fleury, Pierre, 26 ; Gauliard, Jean, 26 ; Held, Jean-Pierre, 26 ; Heraud, Guy, 26 ; Mlle Jacquemin, Janine, 26 ; Mlle Jolly, Denise, 26 ; Juret, Paul, 26 ; Lacourbe, Robert, 26.

MM. Lavat, Jean, 26 ; Lebas, Raymond, 26 ; Le Bouteiller, Michel, 26 ; Lecuyer, Roland, 26 ; Lo Jacono, Jean-Paul, 26 ; Meunier, Francis, 26 ; Petit, Jérôme, 26 ; Plessier, Pierre, 26 ; Puyo, Georges, 26 ; Ranty, Jean, 26 ; Raulline, Jacques, 26 ; Robert, Marcel, 26 ; Sains, Gilbert, 26 ; Sejournet, Gérard, 26 ; Theron, Georges, 26 ; Tiret, Maurice, 26 ; Tiriau, Gilbert, 26 ; Treboute, Guy, 26 ; Viard, Jean, 26 ; Vidal, Jean, 26 ; Voyeux, Pierre, 26 ; Ziegler, Jacques, 26.

FACULTE DE MEDECINE

Conférences d'actualités pratiques

Ces conférences, destinées à tous les médecins, auront lieu au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, les mardis et vendredis à 20 h. 30, du 14 janvier au 28 mars.

PROGRAMME

Mardi 14 janvier. — 20 h. 30, Doyen Léon Binet : La réanimation. L'oxygénothérapie ; 21 h. 30, Dr Tzanck : La transfusion.

Vendredi 17 janvier. — 20 h. 30, Prof. Baudouin : Traitements modernes de l'épilepsie ; 21 h. 30, Prof. Sorrel : Résultats obtenus par les greffes ankylosantes dans le traitement des tuberculoses articulaires et du mal de Pott.

Collège de France

M. André MAYER, ancien professeur au Collège de France, est nommé professeur honoraire. Par suite, la chaire de biochimie générale et comparée est déclarée vacante.

— M. André SIEGFRIED, ancien professeur, est nommé professeur honoraire. La vacance de sa chaire permet la création d'une chaire d'étude du monde tropical (géographie physique et humaine).

Université de Genève

A l'occasion de son 70e anniversaire, la Faculté de médecine de l'Université de Genève a décerné le titre de docteur « honoris causa » au professeur René Leriche (de Paris) ; à M. Howard-Walter Florey (d'Oxford), prix Nobel de médecine ; au professeur Arthur Stoll (de Bâle) ; au professeur Carl Wegelin, président de l'Académie suisse des sciences médicales (de Berne) ; au professeur Edward Cohn (de Boston) ; au professeur Bernard Houssay (de Buenos-Aires).

SANTE PUBLIQUE

Centres régionaux de lutte contre le cancer. — Le J. O. du 3 janvier 1947 publie les arrêtés du 30 décembre 1946, pris en application de l'ordonnance du 1er octobre 1945 en ce qui concerne les centres régionaux de lutte contre le cancer de Bordeaux, Montpellier, Nancy et Toulouse. Ces centres sont dotés de la personnalité civile. Ils doivent, d'autre part, s'assurer le concours de deux assistantes sociales au minimum.

Médecins consultants régionaux

Phtisiologie. — Sont nommés médecins consultants de phtisiologie : région de Bordeaux, M. le professeur Piéchaud ;

Région de Clermont-Ferrand : M. le professeur Luton ;

Région de Dijon : M. le Dr André Meyer (de Paris) ;

Région de Lille : M. le professeur Gernez ;

Région de Limoges : M. le professeur de Léobardy ;

Région de Lyon : M. le professeur Dufourt, adj. M. le professeur Brun ;

Région de Marseille : M. le professeur Olmer ;

Région de Montpellier : M. le professeur Vidal ;

Région de Nancy : M. le professeur Simonin ;

Région de Nantes : M. le Dr Bernou, à Châteaubriant ;

Région d'Orléans : M. le professeur Bariéty (de Paris) ;

Région de Paris : M. le professeur Fernand Bezançon et M. le professeur Etienne Bernard ;

Région de Rennes : M. le Dr Courcoux (de Paris) ;

Région de Rouen : M. le Dr Poix (de Paris) ;

Région de Strasbourg : M. le professeur Vaucher ;

Région de Toulouse : M. le Dr Baudot.

Vénéréologie. — Sont nommés médecins consultants de vénéréologie : région de Bordeaux : MM. les professeurs Joulia et Le Coulant (adjoint) ;

Région de Clermont-Ferrand : M. le Dr Grivaud ;

Région de Dijon : M. le Dr Charpy, MM. les Drs Zorn, Durand et Laugier ;

Région de Lille : M. le professeur Huriez ;

Région de Limoges : M. le Dr Lévy-Bing et M. le professeur Le Blaye ;

Région de Lyon : M. le professeur Gaté ;

Région de Marseille : MM. les Drs Girard, Laurent, et M. le professeur Vigne ;

Région de Montpellier : M. le professeur Margarot ;

Région de Nancy : M. le professeur Watrin ;

Région de Nantes : M. le professeur Bureau ;

Région d'Orléans : M. le Dr Touraine ;

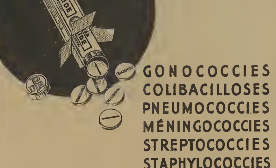
Région de Paris : M. le professeur Gougerot, M. le Dr Degos et M. le Dr Vernier ;

Région de Rennes : M. le Dr Pailheret ;

Région de Rouen : M. le Dr Payenneville, et M. le Dr Rissard.

Région de Strasbourg : M. le professeur Pautrier.

Région de Toulouse : M. le professeur Nanta.


THIAZOMIDE


SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
POULENC FRÈRES
USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8e

REVUE GÉNÉRALE

Essai sur l'aphasie

par Fernand Lévy

A. *Abrégé historique.* — Nous entrons en relation avec nos semblables et conversons aussi avec nous-mêmes à l'aide du langage, expression verbale ou non de la pensée, toujours auditivement perçue. Il y a un *langage extérieur*, se manifestant par la parole et un *langage intérieur*, apparu secondairement à l'élocution, où le son des mots retentit cependant à l'ouïe, sans être émis oralement. Toutes les fois que ces ensembles de signes conventionnels, tous deux établis sur des constructions de la mémoire, disparaissent globalement ou partiellement, il y a *aphasie*.

Sa manifestation la plus apparente se traduisant par la perte ou le déficit de la parole articulée était connu de tout temps. Au début du XIXe siècle, sous l'empire des idées phrénologiques régnantes, héritées de Gall qui appréciait les facultés intellectuelles par les bosses du crâne, témoignage de l'hypertrophie de certaines régions du cerveau, Bouillaud plaçait le siège de l'aphasie dans les « lobules antérieurs du cerveau ». Dax précisait davantage, la localisant à l'hémisphère gauche.

Cependant, dès 1843, Bérard avait jeté le cri d'alarme. Il publiait un cas de fracture du crâne avec destruction des lobes antérieurs du cerveau et conservation de la parole. Il s'agissait d'un sujet victime de l'explosion d'une barre à mine, et qui répondait parfaitement à toutes les questions qu'on lui posait, mais mourut au bout de 36 heures. A l'autopsie, « tout le lobe antérieur de l'hémisphère cérébral gauche est converti en une masse molle, rouge, sanguinolente, uniforme, sans aucune trace d'organisation et contenant de nombreux fragments osseux. Cette altération s'étend jusqu'au fond de la scissure de Sylvius. La même désorganisation a détruit les 2/3 internes du lobe antérieur droit dans toute sa hauteur, par conséquent toute la partie de ce lobe qui repose sur la voûte orbitaire... Tout le reste du cerveau est parfaitement sain, blanc comme à l'état ordinaire » (1).

En 1861, Broca reprenait le problème, et, d'après des pièces anatomiques, situait « l'aphémie » au pied de la 3e circonvolution frontale gauche. Néanmoins, les foyers de ramollissement signalés dans ses observations, débordaient largement la circonscription indiquée, empiétant en avant sur les autres circonvolutions frontales, se propageant en arrière dans le lobe temporal, pénétrant plus ou moins dans la profondeur du centre ovale, car on n'avait pas débité les cerveaux en coupes. Malgré cette diffusion des lésions, la doctrine de Gall l'emportait. Bouillaud adaptait les localisations de Broca à ses idées, et Trousseau lançait le mot d' « aphasie », expression discutable, puisque la perte totale et durable du langage est exceptionnelle, mais qui reste consacrée par l'usage. Le centre du langage demeurait définitivement fixé à la circonvolution de Broca, au moins pour l'*aphasie motrice*. Vers 1875, en effet, Wernicke intégrait dans les aphasiques des malades encore capables de parler : les uns, dont l'ouïe était restée normale, entendaient sans comprendre les mots et phrases ; les autres, avec des yeux en bon état de fonctionnement, voyaient sans reconnaître les êtres, objets et signes qui se trouvaient devant eux. C'était l'*aphasie sensorielle*, dont Kussmaul distingua bientôt les deux formes de surdité verbale, localisée à la 1re temporale gauche et de cécité verbale (2), due à une lésion du pli courbe.

Limitée aux variétés motrice ou d'expression, à siège frontal, sensorielle ou de compréhension, à siège temporal, l'aphasie restait encore relativement simple. Mais on prétendait serrer de plus près ses localisations anatomiques, et l'on différenciait des aphasies corticales, sous-corticales, transcorticales et de conductibilité auxquelles on essayait de superposer des symptômes caractéristiques. De ce fait, la clinique se compliquait et l'on mettait sur pied l'agraphie, l'aphasie amnésique, la paraphasie, la jargonaphasie, les cécités et surdités psychiques, les agnosies, les apraxies qui venait grossir le tableau. La difficulté s'avérait de relier les observations des malades aux constatations anatomopathologiques. On n'aurait pas persévéré dans cette voie si l'on avait réalisé que le langage n'est pas une faculté comme la mémoire dont il dérive, mais un mécanisme améliorateur du fonctionnement de cette mémoire qui, grâce à lui s'organise, devient intellectuelle et intelligente.

(1) Bérard cite, en outre, un cas de Cruveilhier d'absence congénitale des lobes antérieurs chez une idiote qui parlait cependant sous l'influence de certains désirs, et un cas personnel de fongus de la dure-mère ayant détruit les deux lobes antérieurs du cerveau et où l'on ne constata pas d'aphasie.

(2) La cécité verbale des classiques est restreinte à la perte des images de la lecture, l'individu étant incapable de lire (alexie). Elle doit être entendue plus largement, sans être centrée au pli courbe.

Cependant, dans une série de travaux échelonnés de 1864 à 1893, Hucklings Jackson se tenait à l'écart des idées couramment admises. Il considérait — ce qui est toujours vrai — qu'il était prématuré de chercher une explication anatomophysiologique de l'aphasie. Il voyait la possibilité de situer les lésions qui détruisent le langage, non de déterminer les localisations de la parole. « La lésion, d'après mon expérience, est toujours dans la région du corps strié. » (1). Plus elle en est proche, plus il y a de chance pour que le caractère saillant de l'aphasie soit un défaut d'articulation ; plus elle s'en éloigne, plus les symptômes observés relèvent d'erreurs dans l'emploi des mots. Ce n'est pas tant la gêne de l'expression des mots qui est importante que l'impuissance de les ordonner en phrases établissant entre deux choses des rapports constituant une proposition.

En 1906, Pierre Marie, dans une série d'articles à la *Semaine Médicale*, suivis d'autres publications, présente une critique aussi serrée que remarquable de la conception classique étayée sur des faits anatomiques imprécis. Il nie l'aphasie motrice ou d'expression qu'il expulse du cadre des aphasies et dénomme *anarthrie*. Il réduit l'aphasie à l'ancienne aphasie sensorielle de Wernicke, toujours liée à un trouble du langage intérieur. Cette simplification rendait grand service, mais répondait-elle à la réalité ? La démolition était justifiée, la reconstruction était trop simple. Que l'existence d'une aphasie dite motrice ne soit pas superposable à des lésions du pied de la 3e frontale gauche et de ses alentours, ceci est incontestable. Mais, si la localisation anatomique est inexacte, s'en suit-il que l'aphasie par inhibition du langage extérieur n'existe pas ? On ne supprime pas un fait en modifiant son nom. Pierre Marie dit aussi que *l'aphasie* est une et il a raison, mais peut-être pas exactement au sens restrictif où il l'entend. Il tire enfin la conclusion très juste qu'il n'y a pas de centres du langage. Foix adopte et développe les idées de son maître, discutant non seulement l'existence de centres de l'aphasie, mais de centres sensoriels spécialisés distincts des centres sensoriels communs. Head (1926) surnomme avec humour Marie « l'iconoclaste », dont les critiques « passèrent comme une herse sur un champ couvert d'herbes ». Il ne croit pas aux centres du langage et admet que l'aphasie est une dans son essence. Par contre la reconstitution qu'en a faite le clinicien français, appelle des réserves. Le mot anarthrie ne paraît pas heureux à Head, non plus que l'exclusion de ses symptômes hors de l'aphasie. D'après ses observations sur des blessés de guerre, il distingue quatre variétés : verbale, avec perte de l'expression vocale ; syntactique, où le rythme, la grammaire et la syntaxe sont touchés ; nominale, ressemblant à l'aphasie amnésique ; sémantique, où la signification des mots et des phrases est méconnue.

Partisans de la théorie de la diaschisis, Von Monakow et Mourgue insistent sur la désorientation dans le temps qu'on retrouve chez les malades et qui, nous le verrons, n'est qu'un trouble mnésique caractéristique du syndrome.

B. *Langage et mémoire.* — Pour bien comprendre l'aphasie, il faut se référer aux origines du langage et réaliser l'intervention de la mémoire dans la genèse de cette *facultas signatrix*. Le langage conventionnel se compose de deux éléments. Chez tout individu normal s'installe d'abord un *langage extérieur*, ancêtre et créateur du langage intérieur. Tous deux sont conditionnés par la mémoire, tous deux résultent de la collaboration éduquée de mouvements vocaux impressionnants l'oreille et signifiant les réactions des êtres et objets du monde extérieur sur le moi. Le langage extérieur qui s'énonce par la parole sous forme de mots agencés en phrases frappe à la fois l'oreille du parleur et de ses interlocuteurs. Son expression et sa compréhension sont diffuses au dehors, donc collectives. Le *langage intérieur*, dérivé du précédent, et postérieur à lui, utilise les mêmes formes signalétiques, fonctionne aussi à l'aide de l'ouïe de l'individu qui perçoit les mots exprimant la pensée, sans que leur son soit diffusé au dehors. Le sujet est seul à s'entendre parler, à se comprendre et à diriger cette pensée silencieuse. Expression et compréhension restent secrètes : c'est une manifestation de signes unilatérale et privée. L'audition est-elle congénitalement défaillante, il n'y a pas de langage intérieur, ou, s'il apparaît, son quantum demeure très rudimentaire.

A la source du langage, il y a une émotion (2). La première émotion s'est extériorisée par des mouvements de la face (mimique), des membres (gestes) et par un cri. La pensée primitive chez les animaux pourvus d'un cerveau, est réduite à une sen-

(1) Il est à remarquer que Broca, dans ses deux premières observations d'aphémie, à protocole d'autopsie incomplet, puisqu'on se contenta de disséquer les foyers sans pratiquer de coupes, signale des altérations partielles du corps strié.

(2) Ce qui différencie l'homme de l'animal, c'est le potentiel d'émotivité : la possibilité de rire ou de pleurer, suivant que l'émotion est éprouvée agréable ou pénible.

sation perçue comme agréable, désagréable ou indifférente, première ébauche d'un jugement qualitatif. Elle prélude à un mouvement, c'est-à-dire à un acte. En se reproduisant, ces sensations-jugements-actes sont enregistrés, conservés, classés par la mémoire, où des excitations nouvelles les évoquent. Chez l'homme, postérieurement à ces raisonnements embryonnaires, l'éducation développe le langage extérieur, dont, par l'intermédiaire de l'ouïe, le mouvement rythmique vocal est enregistré dans la mémoire. Renforçant la mimique, dépassant le cri stéréotypé, plus ou moins articulé, le langage des primitifs prend à l'origine la forme d'une vocalisation brève qui est le *mot*, toujours le même et toujours répété, désignant une forme du monde extérieur, mais en même temps jugement de qualité. Il s'organisera ultérieurement en phrases constituant la parole. Celle-ci contribue à son tour dans une large mesure au développement intellectuel en créant le langage intérieur, issu lui aussi du fonctionnement mnésique. Le langage extérieur de l'homme civilisé lui est indiqué par la voix d'autres hommes qui enseignent à l'enfant les sons des mots adaptés aux êtres, choses et objets. C'est une éducation de la mémoire des signes par des répétitions qui favorisent le développement de la pensée. Le langage artificiel a créé d'abord des repères auditifs, puis des marques visibles qui ont formé la matière à écrire et à lire. Ces matériaux, employés et par la pensée vocale et par la pensée muette, participeront au perfectionnement du langage.

Le langage, à ses origines, n'eut rien de personnel, puisque il contribua à former une liaison entre les partenaires d'une société, et il a conservé ce caractère communautaire. Par la suite, il s'est particularisé avec la survenance du langage intérieur qui s'est surajouté à la parole. Inexistant ou à peine ébauché dans les associations anciennes, il a pris un essor considérable dans les agglomérations plus récentes.

Le langage conventionnel forme donc un tout, un ensemble qu'édifient à proportions variables l'éducation, l'instruction et la vie dans le milieu social. Il n'y a pas lieu de dissocier ses deux modalités étroitement unies et interdépendantes, en laissant de côté le langage extérieur, condition absolue du langage intérieur appelé couramment pensée. Leur association une et indivisible à l'état normal vaut pour l'état pathologique. Le terme aphasie doit s'appliquer équitablement aux troubles des deux langages. Nous dirons donc avec Pierre Marie que l'aphasie est une, mais, de plus, qu'elle ne se limite pas uniquement à une altération du langage intérieur, car elle affecte aussi la parole.

La notion de troubles de la mémoire dans l'aphasie n'est pas nouvelle. Successivement, Lordat (auto-observation), Trousseau, Pitres, Déjerine, Forel (auto-observation), ont attiré l'attention sur l'existence de désordres engendrés par la défectuosité du souvenir des signes et des représentations. Il n'en saurait être autrement, le langage reposant sur l'intégrité de la mémoire, dont on a méconnu l'importance en la classant parmi les facultés intellectuelles mineures. En lui déniant le rôle essentiel de faculté-mère de l'intelligence, la psychologie classique n'a vu qu'une partie de son fonctionnement : « la possibilité de conserver les impressions et de les reproduire » (Th. Ribot). Elle a omis de constater que ce sont les signes qui établissent le souvenir, le classent et l'expriment.

La simple localisation d'une sensation exige la présence de la mémoire et l'exercice du souvenir. La mémoire est basée sur le temps : dans l'instant précis que le rappel se manifeste, il ressuscite le passé. Par cette découverte rétrospective s'établit la notion de durée. Supprimez la mémoire, et l'homme incapable de toute activité suivie, fermé à toute entreprise méthodique, reste impuissant à édifier le moindre raisonnement ou à organiser les habitudes de la vie courante. A défaut de la réminiscence, l'être ne peut ni sentir, ni souffrir, puisque, si la sensation est éprouvée, elle n'est pas retenue. Il ne peut davantage se livrer à des mouvements coordonnés, mais meut ses groupes musculaires par réflexes désordonnés. De même, avec une attention et une volonté directrice inexistantes, cet avorton débile n'arrivera ni à développer de facultés constitutives, ni à contracter les habitudes qui stabiliseront son intelligence.

La manifestation la plus évidente, mais aussi la plus instable de la mémoire est le souvenir, c'est-à-dire « une construction mentale » (H. Delacroix) édifiée par des apports successifs réalisant une synthèse tantôt inconsciente, tantôt volontaire. La mémoire, à l'aide du souvenir, rend présent le passé au moyen d'une proposition dont les fondements appartenant aux temps écoulés, sont projetés dans la pensée.

Il est difficile de comprendre la mémoire, si on la dissocie des sens, facteur capital de sa constitution et de son existence. La matière première des souvenirs est formée de sensations devant être collectées, conservées, reconnues après évocation ordonnée ou non des réactions sensorielles. La sensation qui succède à une excitation exogène à effet direct, c'est la perception. Elle s'effectue par un souvenir. Percevoir, c'est avoir notion d'éprouver une sensation, c'est reconnaître, donc faire un acte de mémoire, en même temps que ressentir un état de conscience. A côté de cette activité purement automatique, simple et banale, il y a la sensation à effet indirect, ramenant un souvenir de même ordre ou différent. L'excitation ici est exogène : visuelle (vue, lecture), auditive, tactile, etc., avec intervention du langage ou intérieurement ou extérieurement. Le souvenir en commande un ou plusieurs autres, polyvalents, formés d'éléments sensoriels plus nombreux. Ces réminiscences se produisent en chaînes, si elles sont raisonnées, ou en cascades, si elles sont décousues. Le langage rend le souvenir concret et précis, ou abstrait et impersonnel. Pendant le sommeil, l'excitant, ordinairement tactile, est exogène, parfois endogène.

Le fait mnésique consistant dans la révélation de sensations antérieures, il faut des centres de mémoire pour emmagasiner ces sensations. Sur quels éléments nerveux se fixent et s'enregistrent les impressions sensorielles ? En la matière, mieux vaut avouer son ignorance que de se livrer à des hypothèses hasardeuses. L'évocation est due à une excitation provoquant un *réflexe* passant par les centres de mémoire, et qui déclenche en général un état de conscience producteur d'un acte qui sera extériorisé à la fois par la parole et d'autres mouvements, ou restera inexprimé au dehors. La mémoire utilise le mécanisme du langage pour confronter ses souvenirs, à seule fin de faire des comparaisons se traduisant par des dissociations et des associations portant aussi bien sur la perception proprement dite que sur le jugement d'appréciation utilitaire qui l'accompagne. Le résultat est une sélection permettant d'édifier jugements et raisonnements dont l'essentiel sera engrangé et le processus d'élaboration retenu, sans préjudice de l'incitation à un acte.

Mémoire des représentations, des sensations-jugements, des jugements-raisonnements constituent la personnalité. Le moi n'est pas seulement une collection, mais une séquence d'états de conscience articulés, réunis, reliés, fusionnés par les constructions mnésiques de l'esprit.

La mémoire de l'homme se compose de deux pièces, d'âge différent : l'une, précédant l'apparition du langage, est fragmentaire, mal coordonnée, limitée à peu près à la mémoire simple des sensations et du jugement de qualité dont elles sont accompagnées ; l'autre, suivant l'apparition du langage, est nettement intellectuelle, étendue, ordonnée et préside au cycle évolutif d'organisation des jugements et des raisonnements.

Il existe par conséquent, une *mémoire élémentaire*, *mécanique*, *animale* et une *mémoire supérieure*, *constructive*, *intellectuelle*, ne pouvant se développer qu'à l'aide du langage. Entre les deux, s'encadre chez l'homme, la *mémoire motrice*, dont l'édification se fait par action conjointe du tact, de la vue, de l'ouïe cochléaire et labyrinthique. D'abord voulue, attentionnée, elle acquiert progressivement tous les caractères de l'automatisme opérant par réflexes purs.

N'étant pas de naissance capables de nous tenir debout, à l'instar d'animaux moins évolués que nous cependant, nous devons apprendre la station verticale en exécutant, sous le contrôle des sens, pour ordonner le désordre du système musculaire, les contractions nécessaires aux diverses attitudes et mouvements. Le même enseignement s'opère ensuite pour la marche, où nous apprenons à nous tenir en équilibre dans le mouvement. Cette éducation de la mémoire motrice n'est possible qu'après myélinisation complète des fibres de la voie pyramidale et d'autres faisceaux d'association. La mémoire intervient donc dans tous les phénomènes moteurs et provoque les habitudes d'automatisme nécessaires à leur performance.

Nous ne sommes pas non plus doués congénitalement de la parole et ne naissons pas machines parlantes. Nous apprenons les mouvements vocaux qu'exige la prononciation des mots par l'éducation verbale qui nous est donnée. Ces modulations perçues par l'ouïe, s'ancrent lentement dans notre mémoire.

Lorsque l'enfant s'essaie à parler, il répète d'abord en les déformant les mots qui ont frappé son oreille. Dans ce but, il lui faut mouvoir en synergie divers groupes musculaires pour produire et moduler pendant les mouvements expiratoires les sons convenables qu'il devra émettre maintes fois en recommençant les mêmes épreuves.

Condillac avait déjà noté que le langage à son origine est un acte et, suivant Wundt, le langage vocal n'est qu'un des secteurs des mouvements expressifs.

La mémoire est la faculté maîtresse du langage, qui en est l'émanation et l'application directe. Son action ne se borne pas à engranger et à ressusciter les impressions sensorielles. Elle élabore aussi des mots, plus encore, des phrases contenant les éléments nécessaires au fonctionnement de l'entendement. Le souvenir se traduit essentiellement en langage intérieur ou extérieur, tous deux perçus par l'ouïe et exprimés verbalement à haute voix ou non. Mémoire et langage sont donc intimement unis au point que, si l'une est indispensable à l'existence de l'autre, le langage à son tour, permet le développement méthodique et fructueux de la mémoire qui, sans lui, ne dépasserait pas le stade animal de rappel des instincts.

Le langage dénomme les êtres et les choses, puis établit par des phrases le rapport de ces êtres et choses constituant le monde extérieur avec le moi qui en a pris conscience. Il permet à l'homme d'avoir connaissance de ces réalités.

Pourtant, lorsqu'on parle de troubles de la mémoire, on a exclusivement en vue la carence de son produit le plus immédiat, manifestation mnésique apparente par excellence. On se limite, en effet, à la seule défaillance du souvenir d'événements devenus difficiles ou impossibles à évoquer dans le temps. C'est là une compréhension arbitraire et trop étroite.

La mémoire peut aussi se trouver en défaut par altération de tout ou par partie de son mécanisme. L'aphasie traduit le mauvais fonctionnement de cet appareil, aboutissant, en dernière analyse, à l'oubli des souvenirs liés aux constructions des langages extérieur et intérieur.

C. *La question des Centres.* — Si l'on reconnaît que la *facultas signatrix* est le produit et l'application directs de la mémoire, comment et pourquoi posséderait-elle des centres spéciaux, distincts des centres sensoriels mnésiques dont l'existence est reconnue ?

Cependant, selon la doctrine classique couramment admise, la surface du cerveau formerait une sorte de carte géographique, sur laquelle s'étaleraient centres moteurs, sensitifs, sensoriels et centres du langage, mais où se profileraient aussi de nombreuses zones inconnues, terres ignorées et non cataloguées.

La théorie des centres du langage dérive directement des conceptions de Gall qui créa la cranoscopie ou phrénologie, science ayant pour objet les organes du cerveau et les saillies du crâne, le premier, siège des facultés de l'âme, le second, miroir de ces facultés par le développement de certaines régions de sa surface osseuse. Les circonvolutions cérébrales, sorte de manteau nerveux, représentent l'épanouissement du cerveau que Gall considère comme un gros nerf ajouté à la moelle allongée. Les voussures des os du crâne reflètent la constitution cérébrale. Chaque qualité a sa case dans le cerveau, ou plutôt son organe bosselant la boîte cranienne. La mémoire et le langage siégeraient dans le lobe frontal, la première à la partie postérieure de la voûte orbitaire, la deuxième, un peu en avant. Ces affirmations ne furent guère discutées et après Gall, on admit sans autres preuves, l'existence d'un organe de la parole. Bouillaud fit des lobes antérieurs du cerveau « le point de départ de l'influx nerveux qui suscite et coordonne les contractions musculaires en rapport avec la prononciation » (Bérard). Dax, dès 1836, centrait le langage dans le cerveau gauche. En dépit des observations si nettes de Bérard, et même de deux observations anatomo-cliniques de Charcot (1863), réfractaire alors aux hypothèses phrénologiques, Broca situait le centre de la parole articulée au pied de la 3e frontale gauche.

Il est vrai que, vers la fin du XIXe siècle, la théorie générale des centres gagnait à nouveau du terrain, et semblait avoir trouvé des bases nouvelles. Les observations et expériences de Fritsch et Hitzig, de Horsley indiquaient à la face externe du lobe frontal, au niveau de la frontale ascendante, la présence de zones correspondant de bas en haut à différents groupes musculaires de la face, des membres supérieurs, des membres inférieurs du côté opposé du corps. Bechterew, Brodman, C. et O. Vogt en essayaient la démonstration anatomohistologique.

Cependant, l'extirpation expérimentale des soi-disant centres corticaux n'est pas suivie de paralysie définitive des muscles auxquels ils sont sensés commander. Horsley a montré chez le singe que l'ablation des parties correspondantes du cortex n'entraîne aucune impotence durable, à peine de la maladresse, sous forme d'un certain degré d'ataxie. D'autre part, les interventions après traumatisme (blessures de guerre) ou pour exérèse de tumeurs n'étaient pas compliquées de phénomènes paralytiques vrais (Braun, Raymond, Head). « Ce sont, écrit Raymond, des désordres passagers.... qui n'ont rien de commun avec la paralysie motrice dans le sens propre du mot. » Pour expliquer cette infraction à la logique physiologique, on a soulevé l'hypothèse d'une suppléance d'autres régions de l'hémisphère homolatéral ou de celui du côté opposé. Tout ce qu'on peut affirmer, c'est qu'il y a dans l'écorce de la frontale ascendante et de l'opercule rolandique des zones électromotrices où semble converger la motricité de groupes musculaires de la vie de relation. Il ne s'agit pas de mouvements synchronisés, dominés par une finalité utilitaire. Il importe, au reste, de se rappeler qu'un mouvement ne met pas uniquement en jeu des éléments moteurs, car les différentes sensibilités interviennent dans sa genèse et dans son exécution. Dès 1876, Ferrier reconnaissait que la réponse motrice peut être l'expression d'une sensation.

Malgré ces faits contraires à l'existence de vrais centres moteurs, la neurologie classique continuait à vivre sur les affirmations de Hitzig : « Un centre est une partie de l'écorce non délimitable par une ligne, à l'intérieur de laquelle certains groupes d'images sont localisés anatomiquement et fonctionnellement (dans la zone motrice des images motrices). » Cette définition introduisait la théorie douteuse des images motrices qui s'érigeait en loi, sans même que-fût contestée la possibilité d'images en dehors de la vue. Les images du langage ne sont, elles aussi, qu'une hypothèse sans fondement sérieux. L'expression paraît surtout impropre à désigner les éléments d'une fonction où l'ouïe joue un rôle capital.

Wernicke appliquait à l'aphasie cette illusion pseudoscientifique des centres et interprétait les faits anatomocliniques qu'il avait observés en généralisant la construction irréelle de Hitzig. Il décrit des *centres conceptuels* faisant honneur à son imagination, les uns, *centres sensoriels du langage* pour la représentation réceptive, les autres, *centres de projection motrice* pour la représentation affective, tous deux unis par des *voies d'association intercorticales* : psychosensorielles, psychomotrices, intrapsychiques. Flechsig ajoutait ensuite au tableau *les centres d'association.* Seul, au moment où la thèse classique s'épanouissait, H. Jackson battait en brèche les systèmes de ces visionnaires, qui, par ailleurs, trouvaient créance entière sur le continent. Jusqu'à Pierre Marie, la sacro-sainte théorie des centres du langage avait conservé la valeur d'un dogme. Répudiant les centres préformés ou innés, il admet pourtant que la zone de Wernicke est « un centre adapté » se constituant de toutes pièces.

Eu égard aux centres moteurs et sensitifs, Penfield et Bordrey (1937) ont montré, par excitation du cerveau humain au moyen de courant faradique, rendu continu à l'aide d'un petit appareil, le thyratron, la présence de points moteurs, plus nombreux à la frontale ascendante, mais aussi à la lèvre postérieure de la scissure de Rolando, et même à la pariétale ascendante. Au milieu de ces points moteurs, on constate un certain nombre de points sensitifs, plus rares sur la frontale ascendante que sur la pariétale.

L'excitation peut produire simultanément une sensation et un mouvement. Les mouvements sont, du reste, moins des mouvements d'ensemble que des mouvements fragmentaires, associés sans finalité, comme dans les secousses de l'épilepsie. Les auteurs rappellent qu'Horsley avait même noté chez les singes supérieurs des points inexcitables dans le cortex prérolandique.

Si les centres du langage sont imaginaires, si les centres moteurs sont discutables, par contre, l'existence de *centres sensoriels* en connexion avec les prolongements nerveux des organes des sens est aujourd'hui hors de doute. *Les centres sensoriels communs* ont été localisés : les auditifs, à la circonvolution temporale profonde de Heschl, située au fond de la fosse sylvienne ; les visuels, à la scissure calcarine (aire striée) ; ceux de l'odorat, à la région de l'hippocampe, à la corne d'Ammon et à la circonvolution du corps calleux ; ceux du goût, au lobule lingual (Ferrier) ; ceux de la sensibilité générale, à la pariétale ascendante et à la partie antérieure des 1re et 2e pariétales.

A ces centres communs sont adjoints des *centres sensoriels de mémoire spécialisée*, situés en général, à leur voisinage : la mémoire auditive occupe la première temporale et le *gyrus supramarginalis ;* la mémoire visuelle entoure le centre commun de la calcarine ; ceux des autres mémoires sensorielles restent encore imprécisés.

Ces centres de mémoire bilatéraux sont indispensables, surtout les auditifs, à la formation et à la conservation des signes du langage. Les plus actifs se trouvent dans le cerveau gauche, singulièrement dans le lobe temporal. Rappelons que partisans et négateurs des centres du langage sont d'accord pour fixer dans cette région des lésions déterminant l'aphasie de Wernicke. Cette unanimité n'a rien d'étonnant. C'est, en effet, dans le lobe temporal que se trouve le centre auditif commun, avoisiné de son centre de mémoire spécialisée.

Cependant, les centres sensoriels n'agissent pas séparément, et la solidarité des deux moitiés du cerveau est effective. Chaque hémisphère fonctionne isolément en principe, pour la moitié opposée du corps, mais pratiquement aussi pour la moitié homolatérale. Il fonctionne également en synergie avec son homologue dans des activités bilatérales symétriques et simultanées. La preuve en est fournie par les connexions qu'établissent entre les deux hémicerveaux droit et gauche les fibres d'association commissurales passant par le bec et le genou du corps calleux. Au reste, les centres sensoriels communs travaillent isolément ou en communauté. On sait par exemple que pour la vision, les fibres d'une rétine aboutissent par moitié, les unes à la scissure calcarine homolatérale, les autres à la calcarine de l'autre côté. Le tact mis à part, cette division n'est pas démontrée pour les autres centres sensoriels. Il existe ainsi, d'une part, une collaboration des deux hémisphères à l'état normal, d'autre part, une suppléance des centres sensoriels communs ou mnésiques, au cas de lésions de l'un ou de l'autre hémicerveau. Il est vraisemblable que les divers centres ne travaillent en synergie que lorsque l'éducation a donné des habitudes conférées par la mémoire.

En résumé, *la croyance en des centres autres que des centres sensoriels communs et de mémoire spécialisée ne répond pas à la réalité.* Concernant les centres du langage, non seulement la

mutilation frontale gauche opératoire n'entraîne pas d'aphasie, mais l'ablation complète d'un hémisphère, même du gauche, réalisée par Zollinger n'a pas aggravé une aphasie préexistante. Ce chirurgien extirpa le cerveau gauche d'une femme de 53 ans, atteinte de tumeur avec paralysie du côté droit et aphasie. Pendant une survie de dix-sept jours, l'opérée présenta une hémiplégie flasque, mais les fonctions psychiques ne furent pas diminuées. l'aphasie rétrocéda en partie, et la malade était capable de proférer des mots qu'elle ne pouvait prononcer avant l'intervention.

Il nous paraît nécessaire de mettre en évidence *le rôle essentiel du sens de l'ouïe*, moindre dans l'exercice de la mémoire animale que dans l'apprentissage et la pratique du langage, animateur de la mémoire intellectuelle. La pensée ne peut ni se former, ni s'exprimer sans la collaboration active des sens, en particulier de l'oreille qui est indispensable. « Nous pensons avec le souvenir des mots parlés, » a dit Guéneau de Mussy. Nous pensons donc auditivement. La parole est la pensée à voix haute que tout le monde est apte à percevoir ; la pensée est la parole intérieure entendue du dedans par celui seul qui l'émet. Pourtant, l'ouïe n'agit pas isolée. Les autres sens, la vue et le tact en première ligne, lui apportent leur collaboration, mais du fait de l'exercice du langage, ils se trouvent sous la coupe de l'audition. Les centres auditifs emmagasinent non seulement leurs propres sensations, mais sonorisent phonétiquement les sensations des autres sens. Le mot prononcé permet de reconnaître, d'identifier, d'associer les perceptions visuelles, tactiles, odorantes, gustatives dans le mécanisme mnésique. Il peut être évoqué à nouveau et exprimé sous le couvert de l'audition qui le révèle. Prenons par exemple la vue. L'œil distingue les diverses couleurs (mémoire animale), mais ne les repère nettement qu'après les avoir différenciées au moyen de signes auditivo-moteurs (mémoire intellectuelle). Une couleur bleue perçue donne lieu à une fixation auditivo-visuelle et le mot bleu entendu dans le langage extérieur ou intérieur remémore la teinte en question.

Les centres auditifs communs et spécialisés constituent le poste de commandement où convergent, outre leurs propres sensations, toutes les données des centres de mémoire visuelle, tactile, odorante, gustative. Quand une sensation émanée d'un organe sensoriel autre que l'ouïe arrive à ses centres de mémoire spécialisée, elle a toujours sa répercussion dans la sphère auditive.

Schéma du circuit des centres sensoriels communs et mnésiques convergeant vers les centres auditifs dans la formation du langage

Outre cette fonction de réception, les centres auditifs ont une fonction d'émission des souvenirs qu'elles dirigent vers les voies motrices verbales, par l'intermédiaire desquelles ils seront à nouveau entendus. L'ouïe intervient trois fois dans le circuit : d'abord avant les centres mnésiques, puis à la sortie de ces centres, avant et après l'extériorisation mnésique. Elle est donc successivement organe de réception, organe d'émission, organe de réception. Nous essaierons de faire comprendre le parcours du réflexe par un schéma indicatif, forcément grossier et rudimentaire, trop élémentaire eu égard à la réalité. Du monde extérieur partent les incitations, les auditives allant directement aux centres de l'ouïe, les visuelles, tactiles, odorantes, gustatives y arrivant indirectement après avoir transité dans leurs propres centres. Des centres auditifs de mémoire, le courant se dirige vers les centres auditifs communs, dont la vibration se communique au système moteur d'expression et revient ensuite à son point de départ. Il semble que, pour l'exercice de la mémoire éduquée, il soit nécessaire d'admettre une série d'activités successives :

1° La concentration ou la répercussion des sensations aux centres mnésiques de l'ouïe ;

2° Un courant partant de la sphère de mémoire auditive vers le centre auditif commun, où se fait, à proprement parler, l'évocation du souvenir avant toute émission à l'extérieur. Ici s'arrête le circuit du langage intérieur ;

3° Une voie auditivomotrice qui, de l'ouïe, lance l'incitation dans l'appareil moteur vocal, lui-même renvoyant à l'oreille les paroles proférées (langage extérieur).

Ainsi grâce aux centres auditifs, s'établit le double circuit de la pensée : petit pour le langage intérieur, grand pour le langage extérieur.

On retrouve la constante action des centres de l'audition dans les phénomènes mentaux compliqués. Quand nous échafaudons un raisonnement, nous entendons en nous ses propositions. Quand nous lisons tout bas, nous entendons résonner en nous les mots et les phrases qui les unissent, réveillant chez l'intéressé des constructions mentales diverses. Quand nous reconnaissons un objet par la vue, nous entendons son nom qui s'arrête à nos lèvres. Quand nous écrivons, la musique des mots retentit en nous à mesure que la plume les dessine, guidée par l'ouïe, dont le langage intérieur dirige l'association de la vue et du toucher. Tout souvenir simple ou compliqué exige au moins la participation de deux sens, dont l'un est toujours l'audition. Le langage est donc un des chaînons obligatoires de la pensée humaine qu'on ne peut dissocier de lui. Il établit la différence entre la mémoire animale et la mémoire intellectuelle qui, chez l'homme, double la première en utilisant l'ouïe pour évoquer. Il permet d'amplifier, de perfectionner, de multiplier les rapports simples formés par la mémoire primitive. (A suivre.)

CONGRÈS

Association d'études physio-pathologiques du foie
3e session, Nice, 23 et 24 novembre 1946

La douleur dans les affectations hépato-vésiculaires

Premier rapport
Etude clinique

MM. L. CORNIL et J. VAGUE étudient :

1° D'abord la signification et la place des douleurs hépato-biliaires parmi les sensations douloureuses et distinguent trois ordres de faits : *a*) le caractère essentiellement toniceptif de ces douleurs que l'on peut classer en hypertonalgies et en hypotonalgies ; *b*) leurs irradiations et leur projections à la peau, ainsi que l'hyperesthésie cutanée dans ces zones de projections ; *c*) enfin leur extrême variété individuelle.

2° L'étude topographique des douleurs hépato-biliaires permet d'isoler :

a) Des périhépatalgies qui peuvent d'ailleurs se doubler dans les cas aigus de la contracture musculaire de voisinage ;

b) Des hépatalgies ;

c) Des cholécystalgies ou douleurs de la vésicule que l'on peut distinguer en hypertonalgie et en hypotonalgie ;

d) Enfin des angiocholalgies.

Bien entendu ces trois derniers types de douleurs peuvent être dans certains cas isolés mais sont le plus souvent associés.

3° Enfin le siège et le mécanisme de la douleur étant précisés, son diagnostic étiologique comprendra :

a) Le bilan du terrain, notamment de la sensibilité du sujet ;

b) Ensuite l'épine irritative locale ;

c) Enfin les facteurs occasionnels : alimentaire, anaphylactique, etc...

Deuxième rapport
Physiologie de la douleur

M. J. CAROLI étudie le problème de la physio-pathologie de la douleur biliaire en se basant uniquement sur les faits qui ont une valeur expérimentale. Dans un premier chapitre, il étudie le « stimulus adequat », propose la classification des douleurs biliaires en crises régulières et en crises irrégulières.

Dans la crise régulière, le facteur déterminant est la distension. Il n'est pas le fait de voies biliaires malades ou enflammées, il se retrouve même quand les voies sont tout à fait saines. Mais le seuil de la sensibilité à la distension varie d'un sujet à l'autre. Il peut y avoir même dans certains cas une véritable anesthésie des voies biliaires à la distension, anesthésie qui se rencontre régulièrement quand la dilatation se fait par un processus progressif et lent (dans les sténoses cancéreuses par exemple). L'hypertonie de distension peut être créée par la gêne du transit biliaire au niveau des zones de passage ou cholocystique ou cholédoco-duodénale, c'est-à-dire en cas de spasme du sphincter vésiculaire ou de spasmes du sphincter d'Oddi.

Les coliques hépatiques irrégulières constituent pour l'auteur un chapitre d'attente dans lequel il faut faire intervenir en tout cas des modifications du pH de la bile.

Dans un second chapitre M. CAROLI étudie les voies de transmission de la douleur biliaire que ses expériences permettent de fixer au niveau des plexus muqueux et sous-muqueux. Le plexus péricanaliculaire est la première étape dans la transmission de cette douleur ; des variations anatomiques dans l'origine des nerfs du plexus hépatique peuvent expliquer des transmissions anormales comme par exemple la colique hépatique à gauche. La deuxième étape est la traversée du splanchnique.

Dans un dernier chapitre, l'auteur montre que la douleur biliaire est une des formes de douleur viscérale qui se prête le mieux à l'étude du problème de la « referred pain ».

Troisième rapport
Etude thérapeutique

M. G.-F. BONNET étudie surtout les méthodes récentes et peu connues :

Pour les syndromes aigus il donne les indications des analgésiques de synthèse, des antispasmodiques de synthèse et de l'anesthésie du splanchnique droit.

Pour les syndromes chroniques, il passe en revue les traitements médicaux, électriques (galvanisation infra-rouge, ondes courtes, radiothérapie) et crénothérapiques.

Communications

A propos du traitement chirurgical des syndromes douloureux hépato-biliaires. — Le Dr Louis BARRAYA (Nice), présente quinze observations d'anastomoses bilio-digestives et insiste sur la prudence qui doit présider à l'appréciation des résultats et aux indications opératoires, au fur et à mesure que l'on s'éloigne des lésions évidentes pour se diriger vers la chirurgie fonctionnelle dite physiologique.

Le sulfate de B-Phénylisopropylamine dans le traitement des états d'hypertonie des voies biliaires. — MM. MALLET-GUY et R. JEANJEAN (Lyon). — Le sulfate de B-Phénylisopropylamine nous a donné les plus heureux effets comme adjuvant du traitement chirurgical dans les hypertonies biliaires.

Il ne doit pas être utilisé au hasard, mais doit être contrôlé par les renseignements fournis par les épreuves manométriques et radiologiques per ou post-opératoires.

Nous utilisons le sulfate de B-Phénylisopropylamine sous forme de dragées de « phénédrine » (0,003 par dragée) ou en solution huileuse (0,030 par ampoule de 3 cc.).

Possibilités chirurgicales dans les syndromes douloureux par hypertonie des voies biliaires. — MM. P. MALLET-GUY et R. JEANJEAN (Lyon). — Notre expérience des hypertonies biliaires porte sur 96 cas, sur 500 malades opérés sous contrôle manométrique et radiologique per-opératoire depuis quatre ans.

Nos observations comportent : 13 hypertonies du cystique, pour lesquelles le meilleur traitement est la cholécystectomie.

75 hypertonies du sphincter d'Oddi qui, à l'exception de quelques cas, qui peuvent céder au drainage, doivent être traités par sphinctérotomie.

9 hypertonies totales, dont le traitement sera : cholécystectomie-sphinctérotomie, pour les formes associées du cystique et du sphincter d'Oddi, et traitement médical combiné, pour les formes vraiment généralisées.

10 hypotonies vésiculaires avec hypertonie du sphincter d'Oddi, pour lesquelles il faut faire une sphinctérotomie avec ou non une cholécystectomie selon l'état de la vésicule.

Indications et résultats de la splanchnicectomie unilatérale dans les syndromes douloureux par hypotonie des voies biliaires. — MM. P. MALLET-GUY, R. GUILLET et R. JEANJEAN. — La splanchnicectomie dans les syndromes douloureux par hypotonie vise au rétablissement du tonus perturbé et non à l'interruption des voies de la sensibilité.

La clinique et la cholécystographie sont infidèles pour établir le diagnostic qui ne peut être affirmé en toute certitude que grâce au contrôle manométrique et radiologique peropératoire par ponction de la vésicule.

La splanchnicectomie donne les résultats les plus heureux non seulement dans les syndromes de cholécystatonie typiques (cholécystatonie de Chiray) — 32 observations — mais aussi dans les hypotonies cholédociennes — 4 observations — (récidive après cholécystectomie notamment) et dans les hypotonies totales des voies biliaires — 4 observations recueillies de 1941 à 1945.

A propos de la persistance des douleurs hépato-biliaires chez les cholécystectomisés. — M. DE VERNEJOUL, de Marseille, précise les indications réciproques de la cholécystectomie et de la cholécystostomie.

Le point vésiculaire postérieur. — MM. H. WALTER, L. CORNIL et A. LAMBERT font une étude minutieuse du point vésiculaire postérieur qui, au niveau du bord inférieur de la 12e côte correspond à l'émergence du 12e nerf intercostal.

Importance de la cholécystalgie lombaire. — M. HOULBERT, de Vichy, à propos d'une observation de cholécystalgie lombaire, en indique les modalités cliniques.

Palpation de la vésicule en position genu-pectorale accroupie. — M. HOULBERT, de Vichy, décrit un mode de palpation de la vésicule qui, en position genu-pectorale accroupie, assure un contact intime de l'organe avec la paroi antérieure.

Valeur diagnostique des points cervicaux supérieurs. — MM. G. PARTURIER et M. PELLENC montrent la valeur diagnostique des points cervicaux supérieurs (points phréniques) qui, à droite correspondent à la vésicule, à gauche à l'estomac et au duodénum.

Différence d'action pharmacodynamique des principaux sels biliaires. — MM. CHARONNAT, D. BARGETON, J. COTTET et A. VARAY démontrent qu'actuellement les principaux sels biliaires (cholate, désoxycholate, déshydrocholate, tricétocholanate, monocétodihydrocholanate) ont une personnalité pharmacodynamique suffisante pour qu'on ne les englobe plus sous le terme général de « sels biliaires », mais qu'on les appelle par leur nom.

Les sels biliaires et les douleurs biliaires. — MM. Maurice Loeper, André Varay et Jean Cottet, de Paris, montrent l'action remarquable des sels biliaires dans les états de mal vésiculaire, les hypertonies biliaires et les cholécystatonies.

Réactions hépatiques d'origine neuro-émotive. — M. R. Glenard, de Vichy, montre l'importance de ces réactions, et l'action corrélative efficace des eaux alcalines, due vraisemblablement à leur potentiel d'oxydo-réduction électriquement mesurable.

Syndromes sous-phréniques droits par congestion aiguë du foie au cours d'une septicémie. — M. R. Damade, de Bordeaux, rappelle l'observation d'un syndrome sous-phrénique droit dû uniquement à une congestion du foie au cours d'une septicémie.

Les affections fonctionnelles hépato-biliaires. — MM. L. Michaud, G. Hemmeler et Ed. Jequier Doge, de Lausanne, apportent une contribution clinique et biologique importante à l'étude et au difficile diagnostic des affections fonctionnelles hépatiques.

Les polynévrites du cirrhotique. — MM. H. Roger, L. Cornil, J. Monges et J. Charpin montrent la présence fréquente des troubles nerveux, polynévrites en particulier chez les cirrhotiques. Ils s'attachent surtout à la description des polynévrites tant du point de vue de leurs signes cliniques que de leur évolution, et montrent la précession des signes hépatiques sur les signes neurologiques, le parallélisme souvent frappant entre le degré d'insuffisance hépatique et l'intensité de l'atteinte névritique et l'apparition synchrone dans certains cas de poussées évolutives de la cirrhose et de la polynévrite.

Foie et système nerveux. — MM. C. Richet, Boltansky, Rymer, F. Delbarre et J. Duhamel insistent sur la fréquence des lésions cérébrales et en particulier des lésions diencéphalo-hypophysaires, à l'origine d'altérations du fonctionnement normal du foie.

La signification biologique de la cirrhose du foie dans la dégénérescence hépato-lenticulaire. — M. Michel J. André, de Bruxelles, souligne l'imprécision des rapports de la sclérose hépatique et des lésions des noyaux gris, leur association fréquente, leur dissociation possible, la prédominance tantôt des signes cliniques et tantôt des lésions histologiques. La cirrhose en tout cas serait le plus souvent révélée par les épreuves fonctionnelles hépatiques

L'eau des Célestins prise aux repas dans le traitement à Vichy des formes particulièrement douloureuses de cholécystite. — MM. Pierre et Henri Desgeorges, de Vichy, montrent le bon résultat de l'eau des Célestins prise à petites doses au cours des repas dans le traitement des cholécystites douloureuses où les eaux chaudes habituelles, prises à estomac vide, ne sont pas tolérées.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

28 *octobre.* — M. Tsin. — Pénicillinothérapie par voie buccale.

M. Pin. — Etudes chimiques et physiologiques du Dicoumarol.

M. Robin. — A propos d'un cas longuement toléré de péricardite calcifiante.

M. Chauveau-Ligen. — Traitement chimiothérapique des méningites à staphylocoques.

29 *octobre.* — M. Veissières. — La médecine dans le vieux Quercy.

30 *octobre.* — Mme Veissières. — Notes sur de vieux médecins bourbonnais.

M. Rivet. — Neurinomes intrathoraciques.

M. Duhamel. — Le comportement de la moëlle osseuse dans les métastases ostéo-médullaires des cancers.

M. Michon. — Réactions fonctionnelles et morphologiques de l'appareil urinaire.

THESES VETERINAIRES

31 *octobre.* — M. Chapel. — Evolution du cheptel bovin français depuis 1938.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

29 novembre 1946

Ostéite grave de l'aile iliaque, guérie par des doses massives de pénicilline. — MM. Cattan, Frumusan et Attal. — Observation d'un homme de 55 ans, atteint d'un furoncle au menton, puis d'une ostéite staphylococcique de la crête iliaque avec signes généraux graves. Pénicillothérapie intensive, 1 million d'U. chaque jour pendant 6 jours, puis doses décroissantes ; au total, en 11 jours, 10 millions d'unités. Au bout d'un mois et demi, le malade put reprendre son travail.

Sarcome du sciatique avec amyotrophie chez un jeune garçon. Maintien de la guérison deux ans et demi après l'exérèse totale. — MM. Salles, Briskas, Delbarre et Chirolle.

Les craniopharyngiomes kystiques. — M. Gérard Guiot.

Glioblastome temporal gauche. — MM. Nicaud, Lafitte, Guiot et Dessertenne. — Il s'agissait d'un gliome profond à la jonction de l'insula et du lobe temporal. Le malade, un homme de 36 ans, succomba 2 jours après l'intervention. Il avait présenté pendant six semaines une torpeur progressive avec une céphalée occipitale à paroxysmes de plus en plus rapprochés. Les signes neurologiques étaient très réduits.

L'examen de la tumeur révéla un glioblastome.

Glioblastome astrocytaire temporo-fronto-pariétal. — MM. Nicaud, Lafitte, Guiot et Cerilli. — Une femme de 54 ans présentait un syndrome d'obnubilation avec une vive céphalée frontale, un léger syndrome méningé sans autre signe neurologique. L'examen oculaire montra une stase papillaire bilatérale avec de nombreuses hémorragies papillaires et péri-papillaires. Ultérieurement coma, hémiplégie gauche avec Cheyne-Stokes.

L'intervention a permis de découvrir une tumeur qui occupait les deux tiers environ du lobe temporal, au niveau de la première temporale, chevauchant la vallée sylvienne, et atteignant la partie inférieure de la pariétale et de la frontale ascendante de part et d'autre de l'opercule rolandique et, vers le bas, écornant l'insula.

Malgré l'importance de l'intervention, la malade est en convalescence depuis 5 mois.

Gliome pariétal avec formation kystique. — MM. Nicaud, Lafitte, Klein et Dessertenne.

Jeune femme de 22 ans, présentant depuis 2 ans des crises Bravais-Jacksoniennes du type brachial. Le diagnostic porté fut celui de tumeur juxta-rolandique gauche. Intervention malgré la qualité gliomateuse de la tumeur, la malade opérée depuis le 3 avril 1946 est actuellement bien portante.

Méningiome du vermis supérieur inséré sur la tente du cervelet. — MM. Nicaud, Lafitte, Rozier et Buhol. — Il s'agissait d'un méningiome gliomateux, du type psammome. Ces tumeurs, relativement bénignes, provoquent avant tout par leur développement, des troubles d'origine mécanique.

Intervention. Guérison complète qui dure depuis près de 2 ans.

Sur un cas d'amyotrophie du type Charcot-Marie compliqué de lipodystrophie. — Etude génétique — M. Maurice Lamy, Mlle Jammet, M. Angelin.

Le traitement de l'asthme par la théophylline. — MM. A. Jacquelin, Turiaf et Bourel. — La théophylline agit sur la dyspnée des asthmatiques d'une façon tout à fait remarquable. Sur 181 cas d'asthme appartenant aux variétés les plus diverses, les auteurs ont obtenu 83 % de succès. Ils ont employé des suppositoires à 0 gr. 35, ou des injections intraveineuses à 0 gr. 25.

La théophylline a une action empêchante vis-à-vis des crises paroxystiques. Elle constitue un remède préventif de premier ordre. Elle agit sur l'asthme à dyspnée continue et sur l'asthme d'effort. Son efficacité est égale à celle de l'adrénaline et de l'éphédrine, elle est supérieure à celle des injections de novocaïne.

Les travaux américains sont d'accord avec les constatations des auteurs.

Discussion. — M. Lenègre souligne les heureux effets de la théophylline dans l'asthme, mais aussi dans les dyspnées cardiaques.

M. Hamburger insiste sur les avantages de la théophylline en aérosols.

M. Benda déclare, tout en constatant quelques échecs, que la théophylline est à la fois efficace et inoffensive. Il fait remarquer que la pénicilline en aérosols donne parfois des résultats extraordinaires dans la cure de l'asthme.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU PANCRÉAS

Signes et Diagnostic

Le cancer du pancréas est dans la règle un épithélioma de type canaliculaire, plus rarement glandulaire, qu'on rencontre surtout chez l'homme entre 40 et 60 ans.

Il se présente sous divers types cliniques :

— Le cancer de la tête, de beaucoup le plus fréquent et le plus classique que caractérise un ictère chronique par rétention, d'évolution progressive, dû à la compression du cholédoque ;

— Le cancer du corps beaucoup plus rare et de connaissance plus récente, que caractérise surtout une douleur solaire par envahissement du plexus cœliaque.

— Mais, à côté de ces deux types schématiques, s'observeront de nombreuses formes anormales.

Etiologie.

— Relativement peu fréquent ;

— Rarement secondaire à un cancer du pylore, de l'intestin, des voies biliaires. Il est alors fréquemment latent ;

— Le plus souvent primitif, on a invoqué comme causes occasionnelles le traumatisme de la région pancréatique, les pancréatites chroniques.

Symptômes.

I. — LE CANCER DE LA TÊTE

caractérisé par :

— Un ictère par rétention ;

— Une altération considérable et progressive de l'état général.

— Il s'y ajoute des troubles de la fonction pancréatique, révélés par des examens de laboratoire, mais d'interprétation toujours difficile.

DÉBUT. — La première manifestation amenant le malade à consulter est l'*ictère*, et c'est avec peine qu'on reconnaîtra, par l'interrogatoire :

— Que dans certains cas, les premiers signes ont, en réalité, consisté depuis quelques semaines ou quelques mois, en *amaigrissement*, en perte progressive des forces.

— Que, dans d'autres cas, ou concomitamment, existaient déjà quelques troubles digestifs : inappétence, nausées, pesanteurs épigastriques après les digestions, parfois *diarrhée*, parfois des douleurs transversales vagues sus-ombilicales, en tout cas, troubles dyspeptiques apparemment insuffisants pour justifier l'amaigrissement qu'accuse déjà le malade.

ETAT. — L'*ictère*, quoiqu'il en soit, est, lorsqu'on voit le malade, le signe dominant. C'est le plus insidieux, le plus progressif, le plus continu, le plus intense des ictères.

1° Il s'est installé, sans douleur et sans fièvre ;

2° Il est progressif : d'abord léger, jaune clair, localisé aux muqueuses et à la paume des mains, au début, il se généralise en quelques semaines et se fonce de plus en plus, au point de devenir vert olive, presque brunâtre ;

3° Cet ictère intense affirme son caractère clinique d'ictère par rétention par :

— La coloration acajou, brunâtre, tachant le linge, des urines. Les réactions de Gmelin et de Hay sont positives indiquant respectivement la présence de pigments et de sels biliaires.

— La décoloration absolue, l'aspect argileux, mastic des matières. Leur odeur est fétide.

— En outre on peut noter :

— Un *prurit* marqué, cause d'insomnie, dont les lésions de grattage disent assez l'intensité ;

— De la brachycardie ;

— De la xanthopsie ;

— Une cholémie intense, le sérum contenant trente à quarante fois plus de pigments qu'à l'état normal ;

— Une augmentation du cholestérol à 4-6 gr.

4° Cet ictère enfin est continu et à aucun moment de l'évolution on ne verra d'atténuation de la teinte cutanéo-muqueux, d'atténuation de la coloration des urines ou de recoloration passagère des matières. L'ictère est définitif et persistera jusqu'à la mort. Notons cependant qu'il arrive qu'il s'atténue à la période terminale par acholie pigmentaire.

L'amaigrissement est le second symptôme qui, parallèlement à l'ictère, attire immédiatement l'attention, soit à l'inspection du malade, soit au cours de l'interrogatoire. Il est en effet précoce et rapide. Il existe souvent, en outre, une certaine hypothermie ; en tout cas, fait capital, il n'y a pas de température.

Signes physiques. — L'abdomen est rétracté ;

Le plus souvent il n'y a pas de tumeur pancréatique accessible à la palpation ;

Le *foie*, du fait de la rétention biliaire, est perçu en hypertrophie, débordant parfois les fausses-côtes de quelques travers de doigt. Sa consistance est normale ou légèrement augmentée. Sa surface est lisse, uniforme. La vésicule biliaire fournit classiquement un important élément de diagnostic. Elle est grosse, comme Bard et Pic l'ont, les premiers, signalé, et, dans la paroi abdominale souple et indolente, elle apparaît comme une masse volumineuse, piriforme, rémittente, prenant contact avec les doigts qui palpent, dans les larges mouvements inspiratoires. Cette grosse vésicule s'oppose classiquement à la vésicule rétractée dans la lithiase biliaire, selon la loi de Courvoisier-Terrier. En fait, ce signe, de grosse valeur, lorsqu'il existe, est souvent en défaut soit parce que la vésicule n'est pas grosse, étant préalablement atrophiée, soit parce que, quoique grosse, elle échappe et c'est assez fréquent, à une palpation, même minutieuse.

Ajoutons, plus accessoirement que :

— La rate est normale ou parfois un peu hypertrophiée ;

— Des adénopathies, petites, mobiles, dures, sont parfois perçues dans les régions sus-claviculaires ; elle ne sont pas sans valeur, mais leur apparition est souvent assez tardive.

Examens complémentaires. — La *radiologie* montre l'intégrité gastrique. Celle des voies biliaires est négative. Il en est souvent de même du duodénum, quoiqu'un élargissement du cadre duodénal ait pu, parfois, être noté.

L'étude du déficit pancréatique. — Nous avons déjà, dès le début, cité l'existence de troubles digestifs qui se poursuivent d'ailleurs pendant toute l'évolution : inapétence élective pour les viandes et les graisses, lenteur des digestions, *diarrhée* et parfois vomissements. Mais ces manifestations cliniques sont trop banales pour indiquer le déficit pancréatique, dont elles relèvent pourtant. Aussi, a-t-on tenté de faire la preuve de ce déficit par des méthodes complémentaires de laboratoire :

— Les unes indirectes, reposent sur l'examen des selles, du sang, des urines ;

— Les autres reposent sur l'étude directe du suc duodénal recueilli par tubage.

MÉTHODES INDIRECTES. — Elles doivent être instituées après avoir mis le malade pendant trois jours à un régime d'épreuve :

1° Les *selles* offrent déjà, *macroscopiquement*, un aspect anormal : elles sont, non seulement décolorées, mais très copieuses, pâteuses, grasses, d'odeur fétide, avec, parfois, des goutteletttes de graisse à leur surface ; *microscopiquement* : on constatera l'abondance de graisses neutres apparaissant sous forme de gouttelettes réfringentes. Il n'y a ni cristaux d'acides gras ni gouttes de savon à contour plus ou moins arrondi.

— On pratiquera l'épreuve des noyaux de Schmidt, consistant à faire ingérer des petits sachets de gaze contenant des fragments de muscle. Le suc pancréatique assure seul la digestion des nucléo-protéides formant les noyaux musculaires et on les retrouve donc intacts.

Chimiquement : il y a stéarrhée, il y a 90 % de graisses ingérées retrouvées dans les selles. Il y a en outre : *hypostéatolyse*, 11 % des graisses au lieu de 75 %, étant retrouvées non dédoublées. Il y a azotorrhée et présence anormalement abondante de peptones.

Parmi les ferments, enfin, on ne peut rechercher chimiquement que l'amylase et ses résultats se sont montrés trompeurs.

2° *Le sang*. — Le dosage des ferments pancréatiques dans le sang n'est possible que pour l'amylase. Augmentée au début, elle tombe en réalité très vite au-dessous de la normale. Quant aux *hémoconies*, leur absence semble prouver le déficit des sels biliaires bien plus que l'absence de lipase pancréatique.

3° Les *urines*. — Le dosage de l'amylase urinaire a seul quelque valeur, celle-ci étant parallèle à l'amylase sanguine.

Méthodes directes :

Plus intéressant est le dosage des ferments pancréatiques dans le suc duodénal recueilli par tubage. Malheureusement le tubage n'est d'abord pas toujours possible. Au cours du tubage la sécrétion pancréatique peut être sollicitée par injection intraveineuse de secrétine purifiée. Les ferments peuvent ainsi, dans le liquide duodénal, être trouvés très diminués. Ces recherches sont encore néanmoins, sujettes à certaines causes d'erreur (on ne recueille qu'une petite quantité de liquide ; la sécrétine excite plusieurs sécrétions).

Le tubage duodénal ne ramène pas de bile, et ce fait prend lui-même une réelle valeur lorsqu'à plusieurs épreuves répétées, il est trouvé constamment et complètement.

Sécrétion interne du pancréas. — Dans certains cancers de la tête pancréatique une glycosurie a été observée : il s'agissait d'une glycosurie isolée, et exceptionnellement d'un syndrome diabétique au complet.

Evolution. — La marche du cancer est progressive et aboutit à la mort, de façon rapide, en quelques mois, quatre à huit en moyenne ; parfois la durée est plus longue (jusqu'à deux ans) parfois plus courte (deux mois), notamment chez les sujets jeunes.

La mort survient dans un état de cachexie, d'amaigrissement et d'asthénie intenses. Dans les cas où l'évolution est spontanément plus longue, soit spontanément, soit du fait d'une cholécystoduodénostomie qui amène une rémission immédiate de l'ictère et du prurit, le tableau peut s'enrichir d'autres symptômes ou complications.

1° Une *tumeur* peut devenir perceptible à la palpation de la région ombilicale : c'est une masse profondément située, dure, bosselée, non mobile avec les mouvements respiratoires. Parfois une anse intestinale, située au devant d'elle, peut donner à son niveau de la sonorité.

2° Des *signes de compression* :
— Ascite souvent hémorragique (V. Porte) ;
— Œdème des membres inférieurs (V. Cave.) ;
— Vomissements (compression pyloro-duodénale) ;
— Douleurs (par compressions nerveuses).

3° De la fièvre à grandes oscillations traduisant une angiocholite suppurée grave ;

4° Une phlegmatia ;

5° Une hémorragie intestinale par envahissement cancéreux d'un vaisseau ;

6° Enfin, des métastases peuvent survenir :
— Au foie, au péritoine, plus rarement à l'appareil pleuropulmonaire.

II. — Le Cancer du Corps

Le cancer du corps, beaucoup moins fréquent que le cancer de la tête, a été individualisé par Chauffard. Il se caractérise essentiellement par sa douleur à type solaire à début brutal.

Les *douleurs* sont le plus souvent les premiers signes.

1° Elles sont *médianes*, dans la région épigastrique, soit d'emblée, soit parfois après avoir primitivement siégé quelque temps et de façon trompeuse, du côté gauche de l'abdomen, au niveau du rebord costal gauche ;

2° Elles sont *constrictives* « en corset », en « étau » irradiant dans la région dorso-lombaire vers les omoplates, vers le thorax ou vers les hypochondres ;

3° Elles sont d'abord intermittentes, survenant par crises paroxystiques, puis tendent à devenir continues en conservant des exacerbations paroxystiques ;

4° Elles sont d'une extrême intensité, véritablement atroces, profondes. Ce sont les plus atroces douleurs que l'on connaisse. Leur intensité, leur siège profond, leur nature constrictive les ont fait comparer aux crises gastriques du tabès ;

5° Elles entraînent, chez le malade, des réactions diverses : gémissant, le visage crispé, il s'immobilise, courbé en avant, le poing enfoncé dans la région épigastrique ;

6° Elles s'accompagnent, au moment des paroxysmes, de vomissements ne calmant pas la douleur.

S. Ph. — L'abdomen est souple, non contracturé. Il arrive qu'une tumeur soit perçue. C'est une éventualité *relativement* plus fréquente que dans le cancer de la tête. C'est alors une tumeur profonde, médiane, légèrement sus-ombilicale, transversale, de consistance plus ou moins ferme. Elle est parfois animée de battements transmis par l'aorte et, quelquefois même, elle est le siège d'un souffle (forme pseudo-anévrysme).

S. G. — L'amaigrissement est précoce et rapide. Sans doute il n'est pas lié à l'insuffisance pancréatique dont, en raison de l'intégrité de la tête, les signes sont peu marqués, avec troubles digestifs moins importants que dans la forme précédente, mais l'atrocité des douleurs suffit à précipiter l'altération de l'état général. On observe parfois une pigmentation bronzée de la peau, principalement dans la région sous-ombilicale et à la racine des cuisses.

Evolution. — Des signes de compression peuvent apparaître. L'*absence d'ictère* s'oppose ici au caractère essentiellement douloureux du cancer, mais *tardivement* celui-ci peut apparaître par compression des canaux hépatiques par des ganglions du hile ou par des noyaux cancéreux hépatiques secondaires. La mort survient généralement en quelques mois, dans un état de cachexie, au milieu de douleurs qui n'ont fait que s'exagérer sans cesse.

(A suivre.) Vissian.

LIVRES NOUVEAUX

Précis Elémentaire de Biochimie. Tome I. Biochimie générale, par M. Max Jayle, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. grand in-8° de 135 pages, prix : 300 fr. Edité par l'auteur, 20, rue Cassette, à Paris (6e). — Imprimerie M. Declume, à Lons-le-Saunier, 1947.

Le « Précis Elémentaire de Biochimie » de M. le professeur Max-Fernand Jayle est un ouvrage de vulgarisation de la Biochimie moderne statique. Il s'adresse aux médecins qui ont le souci de se tenir au courant de l'évolution biochimique tout en n'ayant pas assez de temps pour compulser les traités volumineux.

En 135 pages, il dresse une vue panoramique sur la composition et l'architecture des macromolécules protoplasmiques ainsi que sur les vitamines, les hormones et les enzymes.

Il est précédé d'un rappel des notions de base de chimie qui le rend accessible à tous. Il répond à l'emprise grandissante de la biochimie sur la médecine et à la nécessité de diffuser les fondements de cette science sous une forme claire et simple.

L'auteur annonce la prochaine publication d'un deuxième volume : « Chimie physio-pathologique ».

Exposés annuels de biochimie médicale, publiés sous la direction de Michel Polonovski. Cinquième série, par MM. H. Bénard, A. Boivin, P. Boulanger, J. Cheymol, M. Jayle, M. Machebœuf, M. Polonovski et A. Gajdos, J. Rothe et Y. Derrien, Ch. Sannié, J. Tréfouël. Un vol. gd in-8° de 300 pages. Prix 500 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

La cinquième série des exposés annuels de biochimie médicale vient de paraître. Elle présente un intérêt particulier et elle montre bien avee quel souci de l'actualité elle a été préparée sous la direction de M. le professeur Polonovski.

On y trouve : Les données biochimiques récentes dans le domaine de la fécondation, de la sexualité et de la génétique, par P. Boulanger. — Les protéines du plasma et du sérum. Récentes acquisitions et positions actuelle du problème et leur étude, par J. Roche et Y. Derrien. — Les cénapses lipido-protéitiques, par M. Machebœuf. — La vitesse de sédimentation globulaire, par M. F. Jayle. — Les mélanines, par Ch. Sannié. — De l'hémoglobine à la bilirubine et à l'urobiline, par M. Polonovski et A. Gajdos. — Le métabolisme azoté des bactéries, par A. Boivin. — Action biochimique de l'insuline, par H. Bénard. — Sulfamides et antisulfamides, par G. Tréfouël. — Histamine, antihistaminiques, par J. Cheymol.

Diagnostic électrocardiographique, par André Jouve, médecin des hôpitaux, Jacques Senez et Jean Pierron, chefs de clinique à la Faculté de médecine de Marseille. Un volume de 364 pages, avec 217 figures et graphiques. Masson et Cie. éd.

Depuis quinze ans, des progrès importants ont été réalisés en électrocardiographie clinique. Mais en France tout au moins, ils ont fait l'objet de travaux réservés à des revues spécialisées de telle sorte que le public médical n'en a recueilli que des échos. Le but de cet ouvrage est de présenter, à l'usage des cliniciens, une mise au point où trouve place l'essentiel des acquisitions actuelles.

La première partie du traité s'adresse à la technique électrocardiographique, envisagée elle-même dans son essence, ses modalités et ses finesses, dans ses acquisitions depuis les plus anciennes jusqu'aux plus récentes et aux plus inédites. Les auteurs s'attachent à établir avec minutie la morphologie d'un tracé normal et s'attardent longuement sur ces régions indécises et troublantes qui séparent le normal de l'anormal.

La deuxième partie représente l'essentiel, la substance même de l'ouvrage, celle pour laquelle il a été médité et écrit. On y trouve dans le plan et la classification des chapitres une originalité voulue, logique d'ailleurs, dans sa conformité aux lois impératives de la séméiologie qui veulent que le symptôme soit envisagé en lui-même, décrit, analysé et interprété en dehors de toute contingence et de toute préoccupation. Ce qui commande donc avant tout le groupement des anomalies électriques, c'est le segment du tracé sur lequel elles portent. Les anomalies électriques ont été isolées et classées d'après ces seuls éléments de l'aspect du tracé ; il a été fait tout d'abord abstraction, dans la mesure du possible, des interprétations qu'en ont été données.

Ainsi l'essentiel de chaque paragraphe est constitué par l'étude des caractères graphiques et de leur moyen d'identification. Cette étude est suive d'un rappel des notions d'étiologie et de pronostic nécessaires à l'utilisation clinique du diagnostic et d'une brève mention des données physio-pathologiques que requiert l'explication des anomalies observées.

Les nombreuses références bibliographiques qui sont données montrent les auteurs singulièrement avertis, instruits, documentés. La très importante iconographie de l'ouvrage, la vaste érudition qui a présidé à son élaboration servie par une large documentation, en font un véritable Traité d'Electrocardiographie qui sera précieux à tous les cardiographes et, d'une façon plus générale, à tous les cliniciens.

Histoire Naturelle de l'Esprit, par E. Techoueyres, direct. hon. Ecole Méd. et Pharm. de Reims, 1946. In-8°, 75 francs. Librairie J.-B. Baillière et Fils.

On peut concevoir la genèse de l'esprit comme un phénomène cosmique. Une conscience diffuse, lentement rassemblée parmi les vivants au cours des siècles, atteindrait chez l'homme la zone de concentration et d'émersion consécutive à cette évolution.

L'énergie qui caractérise la vie serait essentiellement canalisée par le système nerveux, conduite ainsi vers les centres ou les organes du mouvement et harmonieusement utilisée pour l'exercice de la vie et la constitution d'un réservoir d'indétermination favorable à l'essor de la liberté.

Les qualités élémentaires de la vie (sensations, perceptions, mémoire, habitudes), s'élèvent peu à peu à la dignité de faits psychiques ; et même l'utilisation banale des structures et des fonctions organiques comporte un reflet psychique d'où dérivent, en particulier, les éléments nécessaires à la vie de l'esprit et spécialement les notions de causalité, de temps et d'espace. Il n'est pas jusqu'à l'effort de création de formes vivantes qui ne décèle un processus d'invention ; d'autre part, l'apparition et la mort des espèces rappellent l'éclosion et l'évanouissement des idées, tandis que l'interliaison des vivants précède et annonce les groupements qui se développeront en âmes collectives.

La profusion des phénomènes effectifs et actifs dont est tissée notre vie mentale est en quelque sorte tempérée par l'Esprit qui les rattache au « moi », et affirme ainsi l'unité et la primauté de la personne.

Au cours de l'élaboration de la connaissance, l'Esprit n'a de cesse qu'il n'ait réduit à l'unité les excitations extérieures, et mis en évidence les analogies, ressemblances et identités qui permettent d'établir des assimilations et des simplifications. L'Esprit rassemble ainsi ses puissances et substitue aux caprices sa volonté réfléchie.

Par transposition et stylisation des qualités organiques, on voit ainsi s'ébaucher le cadre et les notions essentiels à l'activité intellectuelle et au développement de la connaissance. Plus tard, l'Esprit affirmant son autorité, favorise l'éveil des facultés de choix et d'invention et crée la liberté.

Par un affinement dernier, la Pensée, délestée de la matière, peut s'élancer d'un coup d'aile vers les sphères élevées de la spiritualité.


INDICATIONS
GLUCALC
GLUCALCIUM
GLUCALCIUM
GLUCALCIUM

Dépôt légal. — 1947. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 3. — SAMEDI 18 JANVIER 1947 — 120e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538 76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux.

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

En exécution des décrets relatifs à la baisse générale de 5 %,
Nos prix d'abonnement et de vente au numéro subissent une baisse de 5 % sur les tarifs en vigueur le 1er janvier 1947 :

Un an : France	356 fr.
au lieu de	375 fr.
Un an : étudiant	190 »
au lieu de	200 fr.
Un an : étranger	570 »
au lieu de	600 fr.

Nous précisons que dès le début de janvier nous avons appliqué cette baisse de 5 % à tous les règlements faits dans nos bureaux.

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Affectations du personnel médical pour 1947

CHIRURGIENS

I. Remplacement des chirurgiens admis à l'honorariat :

A l'hôpital Boucicaut (remplacement de M Guimbellot) : M. Talheimer, chirurgien chef de service des hôpitaux, précédemment détaché à l'hôpital Franco-Musulman.

A l'hôpital Ambroise-Paré-Boileau (remplacement de M. Sauvé) : M. Meillère.

A la clinique Antoine-Chantin (remplacement de M. Meillère) : M. Gosset, Jean, titularisé.

II. Remplacement de M. Desplas, admis sur sa demande à l'honorariat :

A l'hôpital de la Pitié : M. Oberlin.

III. Remplacement de M. Jean Berger, décédé :

A l'hôpital Necker (remplacement de M. Jean Berger) : M. Ameline, de l'hôpital Bichat.

A l'hôpital Bichat (remplacement de M. Ameline) : M. Gueullette, de la Maison Municipale de la Santé.

A la Maison Municipale de la Santé (remplacement de M. Gueullette) : M. Patel, titularisé.

IV. Fondation Foch (service ne relevant pas de l'A. P.) : M. Merle d'Aubigné, titularisé.

Consultations générales

Hôpital de la Pitié : M. Kuss, chirurgien honoraire des hôpitaux ; hôpital Saint-Antoine : M. Sauvé, chirurgien honoraire des hôpitaux ; hôpital Tenon : M. Deniker, chirurgien honoraire des hôpitaux ; Hôtel-Dieu : M. Neyraud, assistant de chirurgie ; hôpital Lariboisière : M. Longuet, chirurgien des hôpitaux ; hôpital Beaujon : M. Flabeau, assistant de chirurgie ; hôpital Saint-Louis : M. Rouhier, chirurgien honoraire des hôpitaux ; hôpital Bichat : M. Chevrier, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris ; hôpital Laënnec : M. Guimbellot, chirurgien honoraire des hôpitaux ; hôpital Broussais : M. Bréchot, chirurgien honoraire des hôpitaux ; hôpital de Neuilly (communal) : M. Billet, chirurgien des hôpitaux.

Assistants des services

Les assistants de chirurgie conservent leur place de l'année dernière, sauf MM. Chevalier qui devient assistant de M. Raymond Bernard, à l'hôpital Saint-Louis, et M. Nardy qui devient assistant de M. Patel à la Maison Municipale de la Santé.

Etablissements ne relevant pas de l'A. P.

Hôpital Franco-Musulman, à Bobigny : M. Mialaret, chirurgien des hôpitaux (Bureau central).

ELECTRO-RADIOLOGISTES

M. Puyaubert est affecté à l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches.

Mlle Marquis est affectée à l'hospice de Bicêtre.

M. Truchot est affecté à l'hôpital Cochin.

M. Cherigié est affecté à l'hôpital Claude-Bernard, TITULARISÉ.

Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux (1 place). — M. Joseph a été nommé.

Concours de médecin des hôpitaux (3 places). — MM. Rossier, Tardieu et Cachin ont été nommés.

Hôpitaux de Montpellier

CONCOURS DE L'EXTERNAT 1946

Sujet des épreuves :

1° Epreuve écrite d'anatomie : nerf cubital à partir du coude ;

2° Epreuve écrite de pathologie ou séméiologie : Signes physiques d'un épanchement pleural d'importance moyenne de la grande cavité ;

3° Epreuve orale de pathologie ou séméiologie : Première série : Signes généraux des hémorragies.

Deuxième série : Signes de l'ostéoarthrite tuberculeuse ;

4° Epreuve de petite chirurgie : Première série : Prise de sang chez un nourrisson.

Deuxième série : Transfusion de sang citraté.

NOMINATIONS :

1° Externes titulaires : M. Jean Rioux, Mlle Yveline Vigneron, MM. Hubert Bonnet, Jean Plane, Gérard Martin, Gabriel Valarcher, Charles Malby, Mlle Paulette Vincent, MM. Pierre Segonzac, Jean Temple-Boyer, Hugues Baumel, André Pagès, André Bertrand, Jacques Cabanettes, Charles Puech, Jacques Lanfranchi, Jean Vernhet, Mlle Françoise Vidal, MM. Gérard Amphoux, Pierre Arpin, Mlle Nicole Fournier, MM. Henri Fabresse, Jean Bassède, Pierre Quezel-Ambrunaz, Jean Gary-Bobo, Francis Jaumes, François Camps, Pierre Leenhardt.

2° Externes provisoires : MM. Louis Serre, Jacques Hemmi, Charles Giraud, Jacques Lafon, Mlle Gabrielle Médard, MM. Michel Levallois, Georges Saramito, André Marc, Alain Bernard de Pelagey, Ludovic Bardon.

Faculté de médecine de Paris

Leçon inaugurale. — Le professeur R. PIÉDELIÈVRE fera sa leçon inaugurale de la

CHAIRE DE MÉDECINE LÉGALE le lundi 3 février 1947, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Légion d'honneur

PRODUCTION INDUSTRIELLE

CHEVALIER. — M. le Dr Collière (A.-L.-H.), de la Ferté-Bernard ; M. le Dr Dubois (F.), d'Anzin.

Ordre de la Santé publique

CHEVALIER (à titre posthume). — MM. les Drs Ardouin, à Cherbourg ; Croquelois (à Boulogne-sur-Mer) ; Caillard (à Carentan) ; Meslin et Valleteau de Moulliac (à Cherbourg) ; Pinard (à Brécey).

CHEVALIER. — Le personnel médical, administratif, servant, infirmier, technique des hospices civils de Bordeaux pour le courage et le dévouement au-dessus de tout éloge dont ont fait preuve pendant quatre années ses équipes de volontaires, tant au cours des bombardements subis par la ville que lors de la libération de Bordeaux et des opérations de la poche de l'Atlantique.

COMMANDEUR. — MM. Batier, le prof. Léon Binet, Blatter, le prof. Javillier, X. Leclainche, le prof. Lemierre, Savoiré, Sicard de Plauzoles, Trémolières (Paris), le prof. Violle (Marseille).

OFFICIER. — MM. Bariéty, le prof. Etienne Bernard, Chenu (Chambéry), Duhem Saint-Denis), Gelly (Paris), Laurent (Cassis), Le Meur (Ploudalmezeau), Lhermitte (Paris), Odeye (Lesneven), Poix (Paris), Vaillant (Arras), Villière (Saint-Denis), Weill-Hallé (Paris).

CHEVALIER. — MM. Abbal (Nîmes), Abdelmoula (Tunis), Aerts (Tourcoing), le prof. André (Nancy), Andrieux (Joinville), le prof. Balatre (Lille), Ballaire (Fontenay-sous-Bois), Barthoult (Tourcoing), méd. lieut.-col. Beck, Belfort (Tunis), Ben Mussa et Ben Raïs (Tunis), le prof. Léon Berger (Québec), Albert Bezançon (Boulogne-sur-Seine), Blottin (Paris), Bohn (Paris), Bollon (Auch), Bonafé (Paris), Bonvoisin (Elbeuf), A. Boucher (Paris), le prof. Bougault (Paris), Bouquet (Tunis), Bourcier (Chalons-sur-Marne), Brousseau (Paris), le prof. Brustler (Toulouse), Buteau (Haïti), Carré (Roubaix), Carton (Flixecourt), le prof. Caussade (Nancy), Jean Cayla (Paris), Cazalis (Nice), Chaplet (Nantes), Charron (Paris,) le prof. Chelles (Bordeaux), Chevrel (la Baule), Cochet-Balmey (Saint-Etienne), Coliez (Paris), MM. Coppens (Lille), Corre (Brest), Deburge (Denain), Degos (Paris), Denoix (Paris), Desse (Quimper), Destrem (Colombes), Devillers (Roye), Dignat (Tunis), Dubois (Denain), Ducatteau (Douai), le prof. Duhot (Lille), Dujol (Saint-Etienne), Duret (Paris), Duvelleroy (Saint-Denis), Duverne (Saint-Etienne), Faivre (Nantes), Galmot (Barbery), Gasne (Quimperlé), Gautier (Paris), le prof. Gernez (Lille), Gervois (La Madeleine), Gillet (Paris), Gouriou (Paris), Guebel (Paris), Guillaumin (Orléans), Hissard (Caen), Huguenin (Paris), le prof. Ingelrans (Lille), Jacquemaire (Denain), le prof. Jacques (Nancy), Jaujon (Ajaccio), le prof. Jeandelize (Nancy), Joucla (Angoulême), Mme le Dr Jude (Paris), méd. lieut.-col. Lacambre, Lamaze (Paris), Lauriol (Tunis), le prof. de Lavergne (Nancy), Leblanc (Nice), Ledoux (Besançon), Lehuckes (Tunis), Lemoine (Paris), Lemoyne (Mirabel-aux-Baronnies), le prof. Lestra (Grenoble), le prof. Lhérisson (Port-au-Prince), méd. lieut.-col. Lieux, Louvet (Saint-Malo), Lucas (Brest-Saint-Pierre), Malatray (Tourcoing), le prof. Malmejac (Alger), Manoubi-Béchir (le Kef), Marandas (Paris), de la Marnière (Brest), Masselot (Tunis), Mausse (Roubaix), Mège (Toulon), Ménard (Berck-Plage), le prof. Meunier (Nancy), Michel (Clichy), Jean Mollaret (Brest), Montagnol (Orléans), Montassut (Paris), Mynard (Tourcoing), Albert Netter (mission aux U.S.A.), Pelage (Paris), Penquer (Landernau), Perdu (Amiens), Perrin (Nantes), P. Perrin (Paris), Perronnette (Martinique), R. Petit (Versailles), Peyrot (Saint-Etienne), Philippon (Saint-Etienne), le prof. Piquet (Lille), Porc'her (Paris), Pouliquen, Emmanuel (Landernau), Pouliquen Yves (Brest), Poursine (Orléans), Pouy (Lannemezan), Preant (Saint-Maurice), Quercy (Gennevilliers), Ragu (Tunis), Robuffel (Saint-Maurice), Rémy (Nancy), méd. lieut.-col. Renaud (Tunis), le prof. Richon (Nancy), le prof. Rimattei (Marseille), Rodallec (Blainville), Salaun (Brest), Sautter (Autun), Sauvé (Paris), Schindele (Saverne), Sennac (Paris), Mme le Dr Solente (Rouen), Tissot (Chambéry), Tregoat (Bourbriac), Treuvey (Plan-de-la-Tour), Vaisman (Paris), Vansteenberghe (Lille), le prof. Velluet (Poitiers), Vernier (Versailles), Viette (Angers), Vigouroux (Paris. (J. O. 12 janvier 1947.)

Royal College of surgeons of England. — Nous apprenons avec plaisir que notre ami le Dr Léopold Mayer, rédacteur en chef de « Bruxelles médical » vient d'être nommé Honorary Fellow du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre. On sait que Léopold Mayer est le président du prochain Congrès International de Chirurgie qui doit se tenir cette année à Londres.

Conseil supérieur de l'Enfance. — Le J. O. du 9 janvier 1947 publie le décret du 8 janvier instituant auprès du ministre de la Santé publique et sous sa présidence un Conseil supérieur de l'Enfance.

Le Conseil est chargé d'assurer la coordination des divers services, organismes, institutions ou œuvres publics ou privés ayant pour objet la protection ou la surveillance de l'enfance. Il assurera la liaison entre les différents organismes nationaux ou internationux, et notamment les ministères s'occupant de la protection de l'enfanee.

Il comprendra une section permanente do dix membres désignés par le ministre et un secrétaire général permanent.

Eaux minérales. — Le J. O. du 11 janvier publie des arrêtés autorisant la Société commerciale d'eaux minérales du bassin de Vichy à procéder au recaptage des forages situés sur le territoire de la commune de Saint-Yorre, à l'intérieur du périmètre de protection des sources domaniales du bassin de Vichy, et à procéder au comblement de certaines sources de Saint-Yorre.

Pharmacie. — Le même numéro du J. O. publie un arrêté du 31 décembre 1946 fixant à 4.000 francs le taux de la taxe perçue pour droit fixe de visa des spécialités pharmaceutiques.

Un autre arrêté fixe le nombre de pharmaciens dont les établissements assurant la fabrication, le conditionnement et éventuellement la répartition des médicaments doivent se faire assister en raison de leur importance (un pharmacien assistant pour 50 à 100 employés ou ouvriers exerçant un acte pharmaceutique et un pharmacien supplémentaire par tranche 50 à 100 employés et ouvriers exerçant un acte pharmaceutique).

Un troisième arrêté concerne le nombre des pharmaciens dont les titulaires d'officines doivent se faire assister en raison de leur chiffre d'affaires : un pharmacien assistant pour un chiffre d'affaires annuel allant de 4 à 6 millions ; un pharmacien supplémentaire par tranche de 4 millions de francs au-dessus de 6 millions. Le conjoint diplômé ou les associés du pharmacien titulaire d'une officine peuvent être désignés comme pharmaciens assistants.

Commerce des substances vénéneuses. — Le J. O. du 10 janvier 1947 publie un arrêté modifiant les tableaux annexés à l'arrêté du 2 mars 1938 en ce qui concerne les substances suivantes :

Produits benzéniques sulfurés à groupement sulfamide et dérivés azoïques colorés ou non : gouttes nasales, collutoires, gargarismes, dose limite par unité de prise : 0 gr. 25 ;

Folliculine, dihydrofolliculine et leurs sels, dose limite 0 gr. 0001. En pommades, concentration maxima 0,15 % ;

Oestrogènes de synthèse en pommade seulement, concentration maxima 0,15 % ;

Chloralose, suppositoires, unité de prise 0 gr. 15.

Electro-radiologistes des hôpitaux

Le J. O. du 12 janvier 1947 publie un arrêté du 2 janvier dont voici le texte :

Article premier. — Les candidats aux fonctions de médecin et de médecin adjoint spécialistes d'électro-radiologie des hôpitaux de toutes catégories ainsi que d'assistant d'électro-radiologie des centres hospitaliers des villes sièges d'une faculté ou école de plein exercice de médecine devront, d'une part, remplir les conditions imposées par le règlement d'administration publique provisoirement applicable du 17 avril 1943 et en outre posséder le diplôme spécial d'électro-radiologistes des facultés de médecine, à moins d'exercice exclusif de cette spécialité depuis plus de cinq ans à la date de publication du présent arrêté.

REVUE GÉNÉRALE

Essai sur l'aphasie

Par Fernand Lévy

(Fin)

D. *Les aspects cliniques de l'aphasie.* — La distinction des aphasies en aphasies motrices et aphasies sensorielles est un concept théorique de pathologie interne, un schéma de valeur purement didactique. Il est inutile de perdre son temps à critiquer les termes d'aphasie motrice et sensorielle, d'aphasie de transmission et de relation, d'aphasie d'expression et de compréhension. Ces oppositions s'observent très rarement dans la réalité. On ne peut parler d'aphasie motrice d'expression et d'aphasie sensorielle de compréhension, pour ce que, dans le langage extérieur comme dans le langage intérieur, il y a à la fois mouvement et activité sensorielle, expression et compréhension, même si ces phénomènes restent intériorisés.

L'aphasie est une et se présente sous des aspects variés, selon qu'il y a perturbation des deux langages, trouble touchant le seul langage extérieur, trouble limité au langage intérieur ; selon que ce déficit représente une perte ou une simple altération. On peut en effet, noter une gamme descendant de la suppression totale et absolue du langage dans son ensemble à des adultérations moindres, mais inégales de ses deux variétés, la disparition d'un seul des éléments étant exceptionnelle. Partant du fait que les défaillances du langage extérieur sont les plus fréquentes, Head a basé sur elle sa classification. C'est assurément sur le solide terrain du langage, mais vu dans son ensemble, qu'il faut se placer pour établir une classification clinique. A ce point de vue, il est facile de distinguer :

1° Une *aphasie globale*, avec perte des deux langages extérieur et intérieur ;

2° Une *aphasie mixte*, avec altération des deux langages ;

3° Une *aphasie pure*, avec perte de l'une des deux variétés.

I. Aphasie globale. — Les faits d'aphasie globale sont très peu fréquents, où langage extérieur et langage intérieur ont complètement disparu. Le malade ne parle ni ne comprend. S'il n'a pas d'hémiplégie concomitante, il peut être pris pour un hystérique ou un simulateur. Cet état n'est le plus souvent que transitoire et passe rapidement au stade d'aphasie mixte. Nous avons personnellement observé un cas d'aphasie globale isolée, sans troubles moteurs, pendant la guerre, en 1940.

Un homme d'environ 35 ans, arrive du front au centre de Neuropsychiatrie du Mans avec le diagnostic de simulation ? Il se présente complètement ahuri en apparence, ne répond pas aux questions qu'on lui pose et semble opposer un mutisme complet. Sans être sourd, car il perçoit les bruits, il donne l'impression de ne pas comprendre les ordres qu'on lui transmet. Il se tient debout, assis, marche, se couche, se relève quand on lui imprime le mouvement. Il n'a donc aucune paralysie. La force musculaire est conservée et, ni au repos, ni dans l'acte cinétique ne se manifeste un tremblement appréciable. On ne note pas d'incoordination. Réflexes tendineux et réflexes cutanés sont normaux. L'interrogatoire est négatif : le sujet ne comprend pas ce qu'on lui dit et a perdu les moyens d'exprimer sa pensée. On est en présence d'un aphasique des deux langages. Le second jour de son arrivée, ce soldat décédait. A l'autopsie, la surface des circonvolutions a un aspect normal. Les coupes verticofrontales de l'hémisphère gauche montrent l'intégrité macroscopique du lobe frontal. Par contre, les coupes rétrosylviennes indiquent dans la région temporale la présence d'un foyer de ramollissement tronconique à base externe, rosé, occupant à peu près toute l'épaisseur de la substance blanche, sans entamer la substance grise des circonvolutions. Nous n'avons pu conserver ce cerveau par suite de l'ordre de retraite devant les Allemands reçu le 15 juin. Avec toutes les réserves qu'impose l'absence d'examen microscopique, ce cas, opposé à la théorie classique comme à la conception de Pierre Marie, est intéressant : 1° par la coïncidence d'une aphasie globale avec une lésion strictement limitée à la région temporale gauche, et ne paraissant pas macroscopiquement occuper les circonvolutions ; 2° par l'absence non seulement d'une hémiplégie droite, mais du moindre phénomène parétique ou d'incoordination. Pour ceux qui voudraient superposer lésions et symptômes, il plaide en faveur de l'unité de l'aphasie. Cependant, il paraît confirmer la présence de centres de mémoire dans le lobe temporal gauche, même de ceux qui servent à l'élaboration du langage extérieur.

II. Aphasie mixte. — Les formes mixtes sont de beaucoup les plus fréquentes, car elles touchent à la fois langage extérieur et langage intérieur. On peut voir (mais cette phase est transitoire), les deux langages déficitaires à égalité. Dans les cas habituels, il y a de gros troubles du langage extérieur avec des altérations légères du langage intérieur, ou au contraire, une faible atteinte du premier avec un langage intérieur assez défectueux. Dans maintes observations, il existe une hémiplégie siégeant en général du côté droit.

1° *Aphasie prédominante du langage extérieur.* — Le langage extérieur est exceptionnellement détruit dans son intégralité. Toujours quelques mots persistent, monosyllabes stéréotypés en général, proférés à tout propos, souvent déformés, parfois incompréhensibles. Ils ne constituent pas une réponse pertinente au cours des essais de conversation, et appartiennent généralement au langage automatique le plus ancien : oui et non, ou quelques syllabes, ou un juron témoignant de l'impatience qu'éprouve le malade de ne pouvoir projeter ses idées au dehors. La substance est conservée, mais la forme est inexprimable. La représentation mnésique auditive du mot existe, mais la représentation verbale supprimée est incapable d'être évoquée et émise. Le mot énoncé par une tierce personne ne peut être répété en dépit de tous les efforts. En bref, il y a un achoppement entre l'expression qui se refuse à sortir et son souvenir qui dure. A un degré moins accusé, l'aphasique du langage extérieur est capable de former des mots, sans pouvoir les lier en propositions : il prononce des noms, des adjectifs, et des verbes à l'infinitif. Dans les cas très légers, l'individu emploie des phrases au cours desquelles un mot brusquement vient à manquer, qu'il cherche, finit par trouver, à identifier, et à proférer péniblement. Le langage intérieur se ressent de la défaillance de son ancêtre la parole. Les patients sont longs à comprendre ce qu'on leur dit, parfois ne perçoivent que si l'on fait le geste correspondant à l'acte qu'on leur ordonne d'exécuter. La lecture est pénible, plus ou moins mal interprétée. L'écriture est difficile, même s'il n'y a pas paralysie.

2° *Aphasie prédominante du langage intérieur.* — Le sujet boiteux ou privé du langage intérieur parle, mais on s'aperçoit immédiatement que sa parole n'est pas en rapport avec sa pensée. Il ne comprend souvent ni ce qu'il dit, ni ce qu'il entend (surdité verbale), ni ce qu'il lit (cécité verbale). L'intelligence est diminuée de manière variable. Le degré de déchéance se montre fonction de la grandeur de l'atteinte du langage intérieur. Le malade reconnaît assez souvent son nom, celui de ses familiers, sait son âge, indique correctement son domicile. Il saisit parfois le sens de certains mots usuels, alors que d'autres sont perçus auditivement, mais non intellectuellement. En général, le souvenir et la signification des mots les plus anciennement parvenus à la mémoire et les plus habituellement employés persiste. On s'aperçoit surtout de la surdité verbale par la non compréhension et l'inexécution des actes commandés au malade et qu'il essaie, comme les sourds, de lire sur les lèvres de son interlocuteur. Dans les formes très légères, la surdité verbale est latente et n'est pas reconnue à première vue, même par l'entourage du patient. Elle peut ne porter que sur quelques mots particuliers.

Quand le langage intérieur a fléchi, le langage extérieur s'en ressent invariablement. Aussi n'est-il jamais exempt de troubles.

Il est très rarement perturbé dans son émission, mais surtout dans son ordre et dans sa signification. Il n'y a plus d'équilibre dans le déroulement de la phrase, dont l'arrangement grammatical, la séquence, le rythme, sont bouleversés. L'assemblage des mots souffre de la carence de la mémoire auditive spécialisée. La phraséologie spontanée est peu ou prou conservée, mais les mots émis par le malade semblent avoir perdu pour lui leur signification habituelle. La parole, parfois correcte du point de vue grammatical, n'a aucun rapport avec une pensée organisée. On note dans les variétés intenses, l'existence d'une parole automatique (1), sans points de contact avec la réalité (paraphasie, jargonaphasie), de sorte que toute conversation suivie est impossible. Seuls quelques vocables usuels bien compris forment le reliquat du langage intérieur. La représentation mnésique auditive du mot manque, alors que la représentation verbale persiste mais ne peut être adaptée à la réalité mentale. La forme est conservée, mais vidée de sa substance. C'est à peine un langage extérieur. L'écriture spontanée est possible pour quelques formules : signature, âge et domicile, mais l'écriture sous dictée est irréalisable, le calcul supprimé. Cet état de déchéance intellectuelle peut régresser : de continu, il devient intermittent. Si la restauration du langage intérieur est plus avancée, le langage extérieur lui-même s'améliore, le vocabulaire revient. Le sujet peut soutenir une conversation, mais l'amnésie persiste encore pour certains signes. Par exemple, il cause à peu près normalement, mais emploie volontiers des périphrases.

---

(1) Une preuve que l'automatisme verbal joue et joue seul dans cette conservation d'un certain langage extérieur est que les malades parlent, font même des phrases, mais sont souvent incapable de décomposer en syllabes les mots qu'ils viennent de prononcer.

Si on lui montre un objet, il le reconnaît, énumère ses propriétés et ses usages, mais il est incapable de retrouver le nom qu'il identifie très bien après qu'on l'a prononcé devant lui. Cette forme de transition, de guérison peut-on dire, d'une aphasie du langage intérieur, n'est autre que l'*aphasie amnésique* de Pitres, terme impropre pouvant faire supposer que seulement dans cette forme les souvenirs sont perturbés. En fait, toute aphasie est un trouble de la mémoire, qu'il s'agisse de la mémoire motrice, impuissante à retrouver les mouvements nécessaires à la parole, de la mémoire mécanique d'évocation des souvenirs, de la mémoire intellectuelle.

En somme, l'intrication des troubles des deux langages montre leur intime parenté, leur solidarité physiologique étroite. On comprend ainsi que, si le langage artificiel est un, l'aphasie, qui en représente la perte ou l'altération, est une.

III. Aphasie pure. — Si le langage intérieur participe seul à l'aphasie, sans qu'on puisse retrouver la moindre altération du langage extérieur, on est en présence, soit de surdité verbale pure, variété discutée, soit de cécité verbale pure, toutes deux assez exceptionnelles. Il faut savoir que l'un ou l'autre de ces aspects cliniques sont des phases finales d'évolution, des séquelles d'une aphasie mixte portant sur les deux langages.

La *surdité verbale pure*, contestée par P. Marie, se traduit par une parole spontanée normale en apparence, associée à une incompréhension totale de la conversation avec impossibilité d'en répéter les mots, et par une incapacité complète d'écrire sous dictée, la lecture étant conservée.

Avant de porter ce diagnotic, il faut être absolument certain que le système central et périphérique de l'audition est intact, ce qui ne fut pas toujours le cas dans les observations publiées.

La *cécité verbale pure* consiste dans l'impossibilité de comprendre la lecture. Les caractères imprimés apparaissent au malade, tels des dessins dont il n'arrive pas à saisir le sens. L'écriture, par contre, est normale. Il y a fréquemment hémianopsie homonyme latérale droite. Cet état ne s'améliore pas.

Le langage extérieur est-il seul atteint, le langage intérieur restant intact, on est en présence d'un patient qui comprend tout, sans pouvoir émettre le moindre mot. Capable de continuer à vivre une vie intellectuelle, il est totalement privé de la parole. Cette suppression isolée du langage extérieur est rare, et rétrocède en général, car il s'agit d'individus relativement jeunes.

Ainsi, après la physiologie qui unifie le langage, la clinique intègre ses désordres dans un ensemble. L'alliance étroite des deux types intérieur et extérieur transparaît dans le tableau symptomatique, dans les formes évolutives et dans les variétés résiduelles. Sur toute cette pathologie, plane d'un bout à l'autre, le déficit de la mémoire en certains de ses mécanismes, se traduisant par la régression des formations intellectuelles et des habitudes qu'elle contribue à créer.

Au terme de cette tentative pour remettre langage et aphasie à leur place dans la mémoire, nous pourrions proposer une théorie nouvelle. Nous nous contenterons, sans enthousiasme, sans nous leurrer sur sa valeur, et en pensant qu'elle peut déjà être dépassée par les faits, d'énoncer une hypothèse :

Les lésions qui désorganisent le langage, tantôt occupent ou avoisinent les centres de mémoire auditive, c'est-à-dire la première temporale, toute proche elle-même de la circonvolution temporale profonde de Heschl, centre commun de l'audition ; tantôt, interrompent les fibres nerveuses contribuant à constituer avec ces groupes fonctionnels l'arc réflexe physiologique. Le foyer destructeur peut donc siéger aussi dans la substance blanche temporale ou à son voisinage. Les réflexes qui commandent le langage suivent sans doute des voies multiples que nous ignorons. Il est cependant possible d'affirmer qu'ils s'effectuent par les deux hémisphères. Il n'est pas exclu que la défaillance de l'hémisphère gauche, ordinairement actif, puisse être suppléée plus ou moins rapidement par des formations du même côté ou de l'hémicerveau opposé, ce qui explique la régression de l'aphasie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bérard. Cas de fracture du crâne avec destruction des lobes antérieurs du cerveau et conservation de la parole. *Bull. Société anatomique*, 1843, p. 118-122.
2. Bergson. *Matière et mémoire.* Alcan, 1896.
3. P. Broca. *a*) Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé suivies d'une observation d'aphémie (perte de la parole). *Bulletin de la Soc. anatomique de Paris*, 1861, p. 330-357.

(1) C'est l'aphasie motrice sous-corticale des classiques, l'anarthrie pure de Marie. Elle guérit d'autant plus facilement qu'elle est primitive et n'est pas le reliquat d'une aphasie mixte.

b) Nouvelle observation d'aphémie produite par une lésion de la moitié postérieur des 2e et 3e circonv. frontales. *Bulletin de la Soc. anat. de Paris*, 1861, p. 398-407.

c) Discussion à propos d'une observation de Parrot. Atrophie complète du lobule de l'insula et de la 3e circ. du lobe frontal avec conservation de l'intelligence et de la faculté du langage articulé. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1863, p. 372-401.

Laborde prit part à la discussion contre les faits invoqués par Broca.

d) Localisation des fonctions cérébrales, siège du langage articulé. *Bulletins et mémoires de la Société d'anthropologie*

4. Charcot. Lésions d'hémiplégie droite avec aphasie et avec intégrité des lobes antérieurs et des circonvolutions frontales. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 17 juillet 1863.
5. Déjerine. Séméiologie des affections du système nerveux. Masson, Paris.
6. H. Delacroix. *La mémoire et l'intelligence*, p. 107 et suiv. *Traité de psychologie, de Dumas*, t. V. *Le langage*, p. 329 et suiv.
7. Gall. a) *Introduction au cours de physiologie du cerveau*, Paris, 1808.
   b) Ottin. *Précis analytique et raisonné du Dr Gall sur les facultés de l'homme et les fonctions du cerveau, vulgairement crânoscopie ou phrénologie, Bruxelles*, 1835.
8. Head. *Aphasia and Kindred disorders of speech*, 2 vol. Cambridge University Press, 1926.
9. Lhermitte. *Les mécanismes du cerveau*, Gallimard, 1937.
10. Pierre Marie. *a*) Révision de la question de l'aphasie. La troisième circonvolution frontale ne joue aucun rôle dans la fonction du langage. *Semaine médicale*, 1906, p. 241-247.
    b) Existe-t-il des centres préformés ou innés du langage ? Questions neurologiques d'actualité, une conférence, p. 527-551. Masson, 1920.
11. Monakow et Mourgue. Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie. Alcan, Paris 1929.
12. R. Mourgue. *a*) Aphasie et psychologie de la pensée. *Encéphale*, 1920, p. 649-664 ; 1921, p. 26-33 et 85-91.
    b) Méthodes d'étude du langage, d'après H. Jackson. *Journal de Psychologie*, 1921.
13. F. Moutier. — L'aphasie, *Thèse de Paris* 1908.
14. W. Penfield et E. Bordrey. Somatic motor and sensory représentation in the cerebral cortex of man as studied by electric stimulation. *The Brain*, 1937, p. 389.
15. F. Raymond. Leçons sur les maladies du système nerveux. Doin, 1901.
16. Th. Ribot. Les maladies de la mémoire. Alcan, Paris, 1902, 15e édition.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

6 novembre. — Mlle Stellina. — Le rhumatisme articulaire aigu chez le jeune enfant avant 5 ans.

M. Nalpas. — Méningite à bacilles de Pfeiffer.

M. Valet. — Quelques réflexions sur les accouchements

M. Frimaudeau. — Essai sur le traitement de la maladie de Basedow.

M. Le Goulard. — Réactions toxiques au cours de la pénicillinothérapie.

M. Eusen. — Etat actuel de nos connaissances sur le rouget.

Mlle Forest. — Deux cas de Parkinson conjugal post encéphalitique.

M. Mauoendre. — Les infiltrats précoces de tuberculose pulmonaire.

M. Devimeux. — La voie sacrée pure dans la chirurgie du rectum.

M. Buan. — Traitement par la pénicilline des dermatoses infectieuses.

M. Bouillon. — A propos d'un cas d'ostéopathie de carence chez une fillette de 6 ans.

M. Berlemont. — Complications chirurgicales de l'ascaridiose intestinale.

7 novembre. — M. Perreau. — Thérapeutique par électrochoc.

M. Langeard. — Contribution à l'étude des stries angicides de la rétine.

THESES VETERINAIRES

7 novembre. — M. Senet. — Approvisionnement de l'agglomération parisienne en lait en nature.

M. Laugerotte. — La saillie chez l'étalon et la fécondation chez la jument.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 7 JANVIER 1947

Installation du bureau pour l'année 1947. — Allocutions de M. ROUVILLOIS, président sortant et de M. JOLLY, président pour 1947.

Nécrologie. — Le président fait part à l'Académie du décès de M. ROUSSEL.

Essais d'enrichissement des laits de femme en vitamine B_2. — Mme L. RANDOIN et Mlle RAFFY. — En 1940-1942, les laits de femme avaient une teneur en vitamine B_2 diminuée d'environ 30 %. En 1944 et 1945, cette teneur demeure encore inférieure à la normale, 209 et 203 γ par litre (normale 300-350 γ). En 1946, on a même trouvé un taux de 144 γ de lactoflavine seulement. Les auteurs ont essayé de relever ces taux, par l'emploi d'adjuvants. La riboflavine employée seule est difficilement fixée quelle que soit la voie d'absorption. Les adjuvants utiles restent à déterminer.

Résultats de la vaccination contre la fièvre jaune après douze années de pratique. — M. LAIGRET. — Des millions de vaccination ont été pratiquées depuis douze ans tant en Afrique qu'en Amérique. Le vaccin de l'Institut Pasteur de Tunis est sans nocivité ; les réactions fébriles sont toujours bénignes, les réactions méningées exceptionnelles et spontanément curables. Un délai minimum de 15 jours doit séparer la vaccination antivariolique et la vaccination contre la fièvre jaune. Le vaccin de Tunis n'a jamais donné les ictères tardifs observés avec le vaccin 17 D.

Les vieux foyers de fièvre jaune en Afrique française sont en voie de disparition et la maladie n'a que peu d'influence sur les taux de mortalité et de morbidité ; les quarantaines deviennent inutiles, le trafic maritime et aérien est facilité.

Infection inapparente et infection latente. — M. LAIGRET. — Les deux termes ne sont pas synonymes. L'infection inapparente est inapparente à l'examen clinique ; l'organisme en bonne santé renferme des germes pathogènes que le laboratoire seul décèle. S'ils sont rares, il y a vraiment infection latente ; s'ils sont abondants, il y a infection aiguë, cyclique, sans symptômes.

Préparation des différentes lipases pancréatiques et leur influence sur les propriétés morphologiques et culturales des bacilles acido-résistants. — MM. A. SARTORY, MEYER et LANCE.

Pathogénie de l'ozène. — M. TAPTAS (d'Istambul). — (Présentation faite par M. LEMAITRE). — L'ozène a un stade préliminaire de rhinite toxique, paralysant les défenses de la muqueuse et un 2e stade saprophytique qui constitue l'ozène et favorise la destruction de la muqueuse. Un cercle vicieux s'établit. La rhinite diphtérique primitive a dans l'ozène un rôle primordial : latente, hypertoxique, cause de lésions nerveuses, elle explique l'unilatéralité, la familialité de l'ozène. L'affection disparaît dans les pays à vaccination obligatoire.

Ces considérations commandent le traitement : détersion locale et cures thermales sulfureuses.

DISCUSSION. — MM. FLURIN, LEMAITRE.

Une mission en Haute Côte d'Ivoire et au Libéria. — M. MURAZ (présentation faite par M. TANON). — En A. O. F., le Dr Muraz a pu constater que le service anti-sommeilleux qu'il y créa et fit fonctionner de 1939 à 1942 (ce service porta le nombre annuel des visites de dépistage de 1.300.000 à 4.400.000, éleva le nombre des malades recensés et traités à 236.000 et réduisit le taux des contaminations nouvelles à 0,74 %) continue à « rendre » le mieux possible malgré des insuffisances de personnel et de matériel.

Au Libéria, où le ministre de la France d'Outre-Mer tint à envoyer un spécialiste éprouvé de la question, trois médecins français — qui étaient demandés par le gouvernement libérien lui-même, viennent d'être installés à Monrovia et sur la côte. Mais, surtout, un plan méthodique de lutte contre la trypanosomiase a été présenté par le Dr Muraz au président Tubman, qui l'a accepté. Sa réalisation commencera en 1947 et donnera, par une mission dirigée par un médecin français aidé de médecins haïtiens, certainement d'aussi bons résultats que ceux qu'enregistrera en A. O. F., à l'issue d'une campagne triennale, le médecin général inspecteur Muraz.

DISCUSSION. — MM. Ch. RICHET et LAUBRY.

Etude des troubles de la croissance, de la puberté et des glandes endocrines constatés chez les enfants dans un centre d'observation. — MM. LEURET et BACHET (présentation faite par M. LHERMITTE). — Sur un groupe convenablement alimenté de 69 enfants, les auteurs ont noté des troubles profonds de la croissance et du développement génital en rapport avec le déficit alimentaire ancien. Troubles graves dans 26 cas, légers dans 15. Ces retards sont très longs à se réparer et sont loin d'avoir la bénignité qu'on leur a quelquefois attribuée.

Les arrêts de croissance ne sont pas compensés lorsque la reprise se fait, le retard demeure.

Le développement génital est longtemps médiocre et insuffisant.

Il semble y avoir plus qu'une coïncidence.

Les effets dans le domaine mental et intellectuel sont à étudier.

Commissions permanentes pour l'année 1947

HYGIÈNE ET MALADIES CONTAGIEUSES. — MM. Vincent, Bezançon, Dopter, Balthazard, Renault, Martel, Brouardel, Lesné, Lemierre, Ramon, Debré, Tanon, Dujarric de la Rivière.

EAUX MINÉRALES. — MM. Carnot, Loeper, Chevassu, Harvier, Fabre, Polonovski, Chiray.

VACCINE. — MM. Martel, Renault, Ramon, Brindeau, Tanon, Guérin, Bénard, Verge.

HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — MM. Renault, Lesné, Debré, Ribadeau-Dumas, Bénard, Le Lorier.

SÉRUMS. — MM. Vincent, Renault, Brocq-Rousseu, Lemierre, Ramon, Bénard, Fabre.

TUBERCULOSE. — MM. Bezançon, Renault, Brouardel, Rist, Guérin, Ribadeau-Dumas, Lesné, Veau, Courcoux, Ameuille, Mathieu, Verge.

HYGIÈNE ET PATHOLOGIE EXOTIQUES. — MM. Vincent, Brumpt, Lapicque, Perrot, Rist, Tanon, Vallery-Radot, Gougerot, Urbain.

MALADIES VÉNÉRIENNES. — MM. Levaditi, Brindeau, Tanon, Gougerot, Urbain, Sézary, Touraine.

INSTITUT SUPÉRIEUR DE VACCINE. — Le Conseil et la Commission de la Vaccine.

LABORATOIRE DE CONTROLE DES MÉDICAMENTS ANTISYPHILITIQUES. — Le Conseil et MM. Guillain, Gougerot, Richet, Sézary, Touraine.

LABORATOIRE DES CONTROLES CHIMIQUES, MICROBIOLOGIQUES ET PHYSIOLOGIQUES. — Le Conseil et MM. Carnot, Delépine, Ramon, Binet, Loeper, Polonovski, Fabre.

COMITÉ DE PUBLICATION. — MM. Jolly, Rist, Roussy, Renault, Bénard, Binet, Rouvière, Bertrand.

COMMISSION DU DICTIONNAIRE. — MM. Hartmann, Rist, Rouvillois, Laignel-Lavastine, Duhamel, Veau, Baumgartner.

COMMISSION DES ASSOCIÉS. — MM. Vincent, Martel, Hartmann, Lapicque, Jolly, Roussy, Rouvillois, Bertrand, Laubry, Chevassu, Binet, Vallery-Radot, Bazy, Lemaître.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1946

A propos du traitement des ostéomyélites chroniques. — Mme P. BRIAN-GARFIELD présente deux observations dont elle souligne les caractères opposés :

Dans la première, il s'agissait d'un volumineux abcès d'un tibia, bien localisé. Une large trépanation, avec application de sulfamide dans le foyer, a procuré la guérison en 4 mois sans fistule et sans séquelle.

Par contre, dans la deuxième observation, il s'agissait d'une ostéomyélite diffuse d'un radius avec cinq foyers fistulisés. Malgré le nettoyage chirurgical de chaque foyer et la pénicilline locale et générale à haute dose, la suppuration a persisté.

Enclouage par clou de Kuntscher d'une fracture sous-trochantérienne avec déplacement. — M. Raphaël MASSART présente l'observation d'un malade qui présentait une fracture sous-trochantérienne avec déplacement important, chez lequel il a obtenu un excellent résultat anatomique et fonctionnel. Il compare cette méthode à celles appliquées actuellement à ces fractures : plâtres, plaques adaptées à un clou de Smith-Petersen. Il décrit la voie d'abord postérieure qu'il a utilisée et lui a permis de faire une intervention sans shock ni délabrement.

Absence congénitale de la vésicule biliaire. — M. LE GAC. — Une malade a des signes de cholécystite.

Déjà opérée deux fois, le protocole opératoire dit : « Vésicule petite, rétractée, noyée dans les adhérences. »

Opération. On ne trouve pas de vésicule et on conclut à son absence congénitale en explorant le canal cholédoque dans toute son étendue, ce qui permet de découvrir, à la place habituelle, une ébauche de canal cystique d'un centimètre et demi.

A propos des tuberculoses primitives de la rotule. — M. Roederer. — A propos d'une malade ayant subi la patellectomie, l'auteur passe en revue les indications relatives au traitement des tuberculoses primitives de la rotule et mis à part les cas d'arthrite manifestement déclarés et ceux des lésions de la pointe de cet os qui réclament un traitement spécial, pense qu'en matière d'intervention, c'est la radiographie de profil qui doit guider l'indication opératoire.

Election du bureau pour 1947 :

Président : M. Louis Lamy ;
Vice-président : M. Raphaël Massart ;
Secrétaire général : M. Vidal-Naquet ;
Secrétaire général adjoint : M. Soubrane ;
Secrétaires des séances : MM. Busser et Chabrut.

SOCIETE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

Séance du 7 octobre 1946

Traitement de l'endométriose de la cloison recto-vaginale par implantation de comprimés de testostérone. — MM. L. Masse, R. Traissac et Dax. — La thérapeutique de l'endométriose par les endogènes repose sur les effets expérimentaux de ces hormones sur les animaux : atrophie ovarienne et endomériale, suppression des règles chez les singes. Ce traitement fait par injections nécessite des doses très importantes d'hormone avec lesquelles on n'obtient que des résultats incomplets. Les inclusions hormonales paraissent plus actives et leur action est plus prolongée. Les auteurs en rapportent deux cas où l'action sur la douleur a été remarquable et immédiate et où l'action sur le volume de la tumeur a été également très sensible sans qu'on ait noté les phénomènes de masculinisation provoquée par les fortes doses de testostérone qu'on est obligé d'injecter pour obtenir un résultat qui n'est en général pas durable.

La pénicilline intra-utérine dans le traitement des infections graves du post-partum et du post-abortum. — MM. Damade, Masse, Dax et Dulong-de-Rosnay. — Les auteurs apportent les premiers résultats d'un traitement par la pénicilline en instillations intra-utérines dans les cas d'infections graves de l'état puerpéral.

La première observation est celle d'une malade dont les suites de couches furent troublées par une infection grave et qui guérit par l'instillation de 50.000 unités de pénicilline en deux fois.

Les deux autres observations ont trait à des malades qui, à la suite d'injections d'eau de savon, ont présenté une infection grave à perfringens qui a cédé très simplement à l'instillation *in situ* de 150.000 unités pour l'une et de 100.000 unités-Oxford pour l'autre.

Les auteurs soulignent la simplicité de cette méthode et sa valeur à la fois curatrice et prophylactique ; elle peut être utilement employée comme complément de la pénicillothérapie sous-cutanée.

Gonococcie féminine et rhumatisme articulaire. Traitement par la pénicilline. — MM. Claude Beclère (Paris). — Sur trois cas une guérison du rhumatisme et trois négativations de la gono-réaction.

Stérilité d'un utérus double. — M. Mauviel (Brest).

La cervicite thyroïdienne. — M. Bretèche (Nantes).

Les biopsies, exo-cervicales en particulier, à l'aide du rabot diathermique. — MM. P. Durel, V. Ratner et A. Siboulet. — Les auteurs insistent sur la commodité qu'apporte aux biopsies exo-cervicales une anse diathermique un peu particulière. Celle-ci est rigide, avec un courant de coupe, elle permet de retirer un fragment important que l'on oriente très bien grâce au léger roussissement de la surface de la section. Ce roussissement est très minime et les coupes restent très lisibles.

Sept cas de stérilité par défaut de maturation ovulaire. Guérison par l'emploi de Gonado stimuline d'origine choriale. — M. I. Gares (Alger).

Perméabilisation tubaire par des substances à action gonadotrope. — MM. Ezes et Bourgarel (Alger).

A propos du traitement des vaginismes graves. — M. E. Pollosson (Lyon).

Influences radiothérapiques et hormonales sur la fécondation. — Mme Irène Bernard, MM. Dubourg et Mear (Bordeaux).

Séance du 18 novembre 1946

Injection intra-utérine savonneuse en dehors de la grossesse. Incidents tardifs à type d'infarctus tubaire. — M. C. Ambre (Roanne).

Hémorragies génitales consécutives à l'introduction de comprimés de permanganate de potasse dans le vagin. — M. H. Vermelin (Nancy).

Sur un cas de métrite aiguë hémorragique, essai de pathogénie. — MM. H. Payer et P. Isidor (Saint-Germain-en-Laye). — Les auteurs rapportent l'observation d'une métrorragie post-ménopausique avec anémie aiguë inquiétante chez une femme de 49 ans, traitée une première fois avec succès par curettage, mais ayant récidivé trois mois après et ayant alors nécessité une hystérectomie. L'examen anatomo-pathologique des débris de curettage et de la pièce opératoire font faire les constatations suivantes :

— Diminution du tissu de soutien pré-collagène périvasculaire,

— Suffusions hémorragiques avec extravasion sanguine par rupture de l'endothélium des capillaires. Pas de syndrome dysendocrinien ni infectieux. Myomètre normal. Ovaire complètement fibrosé.

Il existe donc parmi les métrorragies post-ménopausiques dites « de cause inconnue » *des métroses* hémorragiques qui ne sont liées ni à une cause dyshormonale, ni dystrophique, ni infectieuse, mais à un syndrome de fragilité capillaire par insuffisance du susbstratum précollagène périvasculaire, peut-être en rapport avec une hypovitaminose P.

Les auteurs pensent qu'il y aurait peut-être lieu dans certains cas, avant de recourir au curettage ou même à l'hystérectomie, de tenter un traitement par instillations de chlorure de zinc qui a la propriété de créer une réaction fibreuse périvasculaire du chorion, en associant à ce traitement une vitaminothérapie générale P et C.

Abcès de l'utérus. — M. Sauvet (Toulon). — Abcès chaud développé en plein muscle utérin consécutivement à un avortement provoqué.

Présentation d'un film du Professeur Burian (de Prague) M. J.-M. Auclair.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 25 juin 1946

Communications : Ictère et ulcère duodénal. A propos de deux observations. — M. A. Bernard. — Deux malades atteints d'ictère par rétention, dû à un ulcère duodénal, ont été opérés et guéris. A leur sujet, l'auteur expose les différentes formes cliniques de l'ictère ulcéreux ; il insiste en particulier sur l'ictère récidivant, dont son premier malade a présenté sept poussées.

Le mécanisme pathogénique est ensuite discuté, suivant ses différentes modalités.

Le diagnostic se pose dans deux circonstances différentes, suivant que l'ulcère est connu ou que l'ictère est la première manifestation de l'ulcère.

Le traitement consiste dans la gastro-duodénectomie, qui permet de drainer les malades, en particulier ceux atteints d'ictère chronique par rétention, causé par une oblitération cicatricielle du cholédoque.

Pathologie des reins doubles. 1° Pyonéphrose calculeuse d'un hémi-rein inférieur droit. Indications de l'hémi-néphrectomie. — MM. G. Vincent et J. Payelleville. — A l'occasion de deux cas où l'hémi-néphrectomie fut tentée, puis reconnue périlleuse et abandonnée au profit de la néphrectomie, l'auteur étudie les conditions de l'hémi-néphrectomie, qui sont :

1° La disposition même de l'anomalie rénale ;
2° La disposition des pédicules vasculaires ;
3° L'extension probable de la lésion à l'autre hémi-rein.

Cette intervention, plus difficile et plus grave doit être prati-

du carrefour et des deux iliaques — une oblitération de l'iliaque primitive droite qui fut réséquée — enfin, une embolie de l'aorte terminale chez une mitrale, avec phénomènes gangréneux du membre inférieur gauche ayant nécessité l'amputation ; sphacèle du moignon et ictère; mort. Ils présentent les photographies des pièces nécropsiques de cette dernière observation, ainsi que des aortographies.

Les auteurs insistent sur les caractères séméiologiques et évolutifs différenciant la thrombose et l'embolie, ainsi que sur l'intérêt de faire un diagnostic précoce, permettant lui-même d'intervenir avant l'apparition de troubles trophiques ; chez ces trois malades vus trop tardivement l'évolution fatale ne put être empêchée, alors qu'à un stade plus précoce, la thérapeutique chirurgicale peut donner d'excellents résultats.

quée à bon escient, si l'on peut laisser à l'opéré une quantité suffisante de parenchyme. Elle a des indications formelles dans le cas de rein double unilatéral unique.

Méningite tuberculeuse post-varicelleuse. — M. Dereux. — L'auteur relate l'observation d'une enfant de 7 ans qui a présenté, au décours d'une varicelle, des accidents cérébraux (crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne et hémiparésie droites) qui en ont imposé, pendant un certain temps, pour une complication encéphalique de la varicelle. L'évolution de l'affection et la présence de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien sont venues attester le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Cette présence de bacilles de Koch était indispensable pour assurer le diagnostic car bien qu'elles soient exceptionnelles, les méningites varicelleuses sont connues et décrites.

Séance du 9 juillet 1946

Sur un cas de kyste hydatique de la tête du pancréas. — M. A. Bernard. — Une femme de 57 ans a présenté des épisodes diarrhéiques pendant 15 ans, à la suite d'un syndrome abdominal aigu. Elle a ressenti des douleurs abdominales situées à l'épigastre et à l'hypochondre droit. Il est apparu progressivement une tumeur épigastrique et ombilicale, tendue, rénittente, très peu mobile dans le sens latéral et non influencée par les mouvements respiratoires.

Cette tumeur kystique avait son origine dans la tête du pancréas, ainsi que le montrait un déroulement énorme du cadre duodénal. Il s'agissait d'un kyste hydatique, démontré par la positivité de la réaction de Weinberg et les caractères pathologiques constatés à l'intervention.

Volvulus de la vésicule biliaire. — M. G. Vincent. — Présentation de pièce. — Femme de 73 ans, opérée avec le diagnostic d'appendicite aiguë. On trouve une vésicule noire, tordue de deux fois 90° dans le sens des aiguilles d'une montre, au niveau du pédicule ; simple méso sur le col de la vésicule. Ablation ; suites simples. La vésicule contient du sang et quelques calculs ; les parois sont épaissies par l'infiltration sanguine.

Trois observations d'oblitération du carrefour aortique et de l'iliaque primitive. Thrombose et embolie. — MM. C. Lepoutre, L. Langeron, V. Nolf, P. Langeron et J. Duriez.

ANALYSES

Chirurgie des rhumatismes

Le compte rendu de la 14e *Réunion scientifique annuelle de la Société Médicale d'Aix-les-Bains*, qui a eu lieu les 9, 10 et 11 juin, vient de paraître dans les *Archives de Rhumatologie* (tome VI, 1945-46, n° 5). Nous ne pouvons donner ici que l'analyse de quelques-uns des vingt-sept articles que contient cet important fascicule (76 pages).

L'orthopédie et la chirurgie des rhumatismes en milieu thermal. (particulièrement la localisation au genou du rhumatisme chronique progressif inflammatoire). — M. J.-J. Herbert (Aix-les-Bains), rapporteur.

Le rapporteur pose d'abord un certain nombre de principes généraux : pour l'orthopédiste le rhumatisme est une maladie des articulations, du système locomoteur. Celui-ci a une unité physiologique.

Le traitement orthopédique se propose les buts suivants :

1° Conserver ou rétablir l'unité physiologique de l'appareil locomoteur. Donc, tout au long du traitement, veiller à maintenir la position de fonction des articulations, la rétablir dès qu'elle aura disparu ;

2° Conserver ou rétablir la mobilité et la souplesse articulaires, donc proscrire tout immobilisation prolongée, les opérations fixatrices précoces. Au contraire, les immobilisations intermittentes par appareils amovibles constituent une amélioration importante du traitement ;

3° Soulager les articulations par immobilisation temporaire, appareils et appuis à distance et gymnastique appropriée.

Dans le rhumatisme dégénératif (ostéoarthrites), le chirurgien ne voit guère que les cas invétérés avec grosses lésions anatomiques, entraînant des troubles considérables. Le traitement orthopédique et chirurgical s'impose d'emblée, le traitement thermal viendra comme complément.

Dans le rhumatisme inflammatoire (Rheumatoid arthritis) le traitement orthopédique et chirurgical doit s'associer très tôt au traitement médical.

Limitant son étude, le rapporteur expose la conduite à tenir pour l'orthopédiste dans le rhumatisme chronique progressif inflammatoire en prenant pour exemple sa déformation la plus fréquente, celle du genou en flexion *à la phase évolutive*. Selon les idées de Swaim (Boston) introduites en France par J. Forestier, on doit prévenir la production des déformations en immobilisant de manière intermittente le membre dans une position aussi voisine que possible de la position de fonction, et, sans jamais forcer, dans des gouttières plâtrées ou de matière plastique. Une mobilisation progressive est ensuite commencée.

Si l'on est en face de déformations constituées : *dans les cas légers* on pratiquera, sous anesthésie générale, un redressement forcé, suivi d'immobilisation en plâtre pendant douze jours, puis l'appareil, coupé en bivalve, on commence la rééducation, point capital du traitement, qui permet d'obtenir un genou solide et mobile ; *dans les cas graves*, des redressements par étapes successives ne donnent que des résultats incomplets : persistance de subluxation du tibia en arrière et de la déformation en baïonnette, adhérences de la rotule limitant la récupération des mouvements. Aussi le rapporteur préconise-t-il alors de *redressement sanglant de la déformation*.

Dans une première technique, publiée en 1937, dans le *Journal de chirurgie*, il pratiquait par une incision externe la libération des coques condyliennes et des ligaments croisés, obstacles au redressement. Mais, comme l'adhérence rotulienne persistait par cette technique, il opère maintenant par voie antérieure : patellectomie, puis résection des ligaments croisés et des ménisques, enfin détachement de toutes les insertions postérieures de la capsule, reconstitution des plans d'extension du genou. On termine par la pose de trois broches de Kirschner : une dans l'extrémité inférieure du fémur, une dans l'extrémité supérieure du tibia, permettant la traction en arrière sur le fémur, en avant sur le tibia, la troisième dans l'extrémité postérieure du calcanéum réalisant une traction longitudinale et le redressement de l'équinisme.

On obtient ainsi la réduction de la subluxation du tibia et un redressement complet du genou. Parmi les accidents possibles, la rupture de l'artère poplitée serait la plus grave, aussi il est indispensable de s'assurer avant l'intervention du degré de calcification des artères.

Les résultats sont très beaux, permettant la reprise progressive de la marche sur des sujets condamnés jusque-là à la petite voiture, c'est dire l'intérêt social de cette thérapeutique.

40 figures illustrent le rapport montrant les appareils et techniques opératoires employés.

Quinze ans de pratique du redressement des attitudes vicieuses chez les rhumatisants. — M. J. Forestier (Aix-les-Bains).

L'auteur se limitant aux mêmes malades que le Dr Herbert, montre que le redressement des genoux n'augmente guère l'amplitude des mouvements, mais au lieu de partir de la flexion, partent de l'extension et permettent la marche. Il insiste sur la préparation des malades : on ne doit opérer que sur des articulations préalablement refroidies, après contrôle répété de la sédimentation globulaire, de la floculation à la résorcine, des radiographies multiples. Il expose le manuel opératoire du redressement forcé orthopédique après lequel l'immobilisation plâtrée doit être courte, ne jamais dépasser deux semaines. La rééducation par les méthodes thermales comporte une *période passive* dans laquelle le malade, couché dans le bain, est soumis à la douche sous-marine et au massage sous l'eau ; le *stade actif*, au bout de quinze jours, comporte la marche en piscine entre des barres parallèles. Vers le vingt-cinquième ou trentième jour, début de la marche sur le sol entre tréteaux ou cannes. Entre les trente-cinquième ou cinquantième jours, le malade est en état de rentrer chez lui. Mais le maintien du résultat n'est obtenu que moyennant la continuation du traitement médical (chrysothérapie, cuprothérapie), la conservation d'une gouttière de nuit pendant au moins six mois, des séries de massage et une cure thermale annuelle. J. Forestier termine en démontrant que ce traitement ne peut être entrepris qu'à un centre thermal approprié comme il en existe en pays scandinaves et aux U. S. A., avec le travail en équipe du rhumatologue, du chirurgien orthopédique, munis d'une installation appropriée qu'Aix-les-Bains s'efforce d'acquérir.

Traitement de la coxarthrie par l'arthrodèse au clou. — M. Merle d'Aubigné (Paris).

Après avoir discuté l'emploi de l'arthroplastie dans la coxarthrie, l'auteur se montre partisan dans beaucoup de cas de l'arthrodèse par la méthode très simple de l'enclouage du fémur au bassin, dont il expose la technique.

Il l'a utilisé, dans trois arthrites pour subluxation de la hanche, deux arthrites traumatiques, une protusion acétabulaire, quatre coxarthries (deux à forme érosive, deux à forme hypertrophique subluxante). Il ne pense pas qu'on puisse refuser le bénéfice de l'arthrodèse dans les formes bilatérales, quand un des côtés a conservé une mobilité importante.

L'énervation totale de la hanche. — MM. P. Coste et P. Padovani.

La méthode préconisée par le Pr Tavernier, de Lyon, dans les arthrites déformantes douloureuses de la hanche a été appliquée à la clinique chirurgicale orthopédique dans 112 cas. La névrotomie obturatrice seule a donné 40 % de succès, associée à celle du nerf du carré crural. On obtient un soulagement important dans 50 % des cas. La névrotomie antérieure pratiquée treize fois, a donné seulement quatre améliorations.

Ces intervention seront réservées : 1° aux malades âgés ; 2° à ceux avant conservé des mouvements étendus ; 3° au coxarthries bilatérales et chez lesquelles l'arthroplastie est impossible ; 4° à ceux qui conservent des douleurs après résection, capsulectomie ou butée.

La psychophysiologie de la récupération fonctionnelle en chirurgie ostéo-articulaire. — M. J. Gosset (Paris).

L'auteur montre la grossière erreur qui consiste à ne considérer la récupération fonctionnelle d'une articulation que comme un problème local. Alors que la fonction articulaire « n'est que l'échelon inférieur d'une hiérarchie qui commence à la corticalité, au diencéphale pour se poursuivre par la moelle, les nerfs et les muscles ». Comme l'avait vu Lucas-Championnière pour les fractures, il faut rejeter toutes les thérapeutiques passives et mobilisations forcées qui créent, par les contractions de résistance opposée par le malade, une coordination antiphysiologique, une dyscoordination qui s'oppose à la cordination normale qu'on cheche à rétablir.

La cure comporte plusieurs temps : tout d'abord *exclusivement* de la psychothérapie, ôter de l'esprit du malade « qu'il n'y a plus rien à faire ». L'emploi du temps doit être réglé pour que le malade ne s'ennuie jamais. Les convalescents doivent être groupé, selon leurs aptitudes, pour pratiquer des sports, travaux d'adresse, jeux, réalisant ainsi, sans effort apparent, une récupération fonctionnelle. En plus des mouvements spécialisés, une culture physique générale est indispensable : exercices d'équilibre, de force, de coordination, d'adresse. Enfin la thérapeutique occupationnelle des Anglo-Saxons : scie à découper, menuiserie, tissage au métier, etc.., jeux divers.

L'ensemble ne peut être effectué que dans un centre tout à fait spécialisé, par du personnel entraîné, dans un milieu gai, non dans un hôpital urbain, mais dans un beau paysage de campagne comme les centres qui existent à l'étranger.

Diencéphale et rhumatisme chronique déformant. — M. Eric Martin (Genève).

Dans cet article, l'auteur montre la grande analogie des symptômes du rhumatisme chronique déformant et de la maladie de Parkinson. Les deux affections sont d'autant plus difficiles à différencier que parfois le rhumatisme déformant est le prélude de la paralysie agitante. Les rhumatismes chroniques présentent toute une symptomatologie en rapport avec un déséquilibre des fonctions neuro-végétatives, dont les centres régulateurs sont également dans la zone hypothalamique. Certains auteurs (Sicard, Delay, Lichwitz, Dana, Spiller) ont d'ailleurs pu vérifier à l'autopsie de rhumatisants chroniques des lésions dégénértives discrètes dans la région du diencéphale.

Polyarthropathie des membres supérieurs, séquelles d'une cardiopathie. — M. Max Ruelle (La Louvière).

Certaines cardiopathies, en particulier l'infarctus du myocarde et aussi les crises angineuses, peuvent entraîner des algies violentes de la région scapulaire gauche et parfois des arthropathies étendues à tout le membre supérieur : doigts, poignet, coude, épaule. Le syndrome douloureux domine la scène et c'est seulement secondairement que l'on voit s'établir des ostéoporoses et des troubles vaso-moteurs importants. L'auteur attribue l'arthopathie scapulaire à une irritation des fibres centrifuges sympathiques qui accompagnent les nerfs dépendant des 5e et 6e racines cervicale, accessoirement des 7e et 8e. En fait, dans trois observations personnelles que donne l'auteur, les infiltrations du ganglion stellaire ont amené une amélioration manifeste des symptômes.

Un cas de maladie d'Addison traité avec succès par une greffe. — L. R. Broster et H. Gardiner-Hill. — *The British med. J.* 19 octobre 1946, p. 570-572, 3 fig.

Il s'agit d'une jeune femme qui depuis neuf mois présentait les signes cliniques et biochimiques d'une maladie d'Addison. Il a été pratiqué chez elle la greffe d'une glande surrénale prélevée chez une jeune fille atteinte de syndrome adréno-génital (hyperplasie de la surrénale) traitée médicalement pour hirsutisme et virilisme adrénaliens. La glande surrénale du double ou du triple du volume normal est réséquée en conservant la veine, très volumineuse, aussi longue que possible. La veine est injectée avec une solution d'héparine et la pièce conservée à la température du corps. Chez l'addisonnienne les vaisseaux épigastriques sont découverts et coupés, et la plaie arrosée d'une solution d'héparin. La veine et l'artère dans les parois desquelles sont passées de fins catguts sont introduites dans la veine surrénale et fixées, des points complémentaires assurent l'étanchéité de l'anastomose. Le greffon se trouve placé dans la graisse sous-péritonéale.

On observa parallèlement une amélioration rapide des deux malades. Réapparition des règles chez le donneur. Disparition progressive des signes cliniques et sérologiques de la maladie d'Addison chez la greffée. La guérison se maintient depuis 14 mois et la greffe, toujours perceptible, a augmenté de volume. M. L.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANCER DU PANCRÉAS

(Fin)

III. — Les autres formes cliniques

A. *Suivant le siège :*

1° Le *cancer de la queue*, exceptionnel, est le plus souvent un cancer *latent*, sans ictère, sans douleur, sans troubles digestifs d'insuffisance pancréatique. Il donne parfois une tumeur qui simule une tumeur splénique. Il peut donner comme premier signe une métastase. ;

2° Le *cancer de l'ampoule de Vater à point de défaut wirsungien.* — Il débute par des alternatives de diarrhée et de constipation et des douleurs rappelant la colique hépatique. Puis apparaissent rapidement des signes de cancer de la tête : ictère et amaigrissement intense. La présence de sang dans les selles est fréquente et constitue, vis-à-vis du cancer de la tête, la principale nuance différentielle.

B. — *Suivant les symptômes :*

1° Le cancer de la tête peut présenter des formes anormales : *hémorragiques*, diarrhéiques, mais surtout des formes à symptomatologie trompeuse telles que :

Formes boulimiques ;

Formes ictériques ;

Formes fébriles, qui semblent assez fréquentes ;

Formes avec ictère variable (poussées infectieuses de cholédocite) ;

Formes sans grosse vésicule ;

Formes survenant chez un ancien lithiasique.

Autant de formes qui peuvent faire croire à un calcul du cholédoque et pour peu que se groupent leurs signes trompeurs méritent le nom de formes pseudo-lithiasiques ;

2° Le cancer du corps peut, par la prédominance d'un de ces signes de compression, réaliser aussi des formes anormales : ascitique, mélanodermique, occlusive, pseudo-anévrysmale. Nous avons signalé sa forme ictérique. Lui aussi peut réaliser une forme diarrhéique ;

3° Entre le cancer du corps et le cancer de la tête existent des *formes intermédiaires* de cancer du pancréas où il est difficile, cliniquement, de préciser la localisation ;

4° Les auteurs lyonnais ont insisté sur d'autres formes anormales, et notamment :

Formes simulant le cancer de l'estomac en raison de la lenteur des digestions, de l'inappétence, de l'amaigrissement, de l'anémie, des vomissements et quelquefois même d'un syndrome pylorique par envahissement néoplasique du canal pyloro-duodénal.

Formes à syndrome douloureux ectapique dans lesquelles, au lieu de crises solaires épigastriques, s'observent :

Des douleurs à type de sciatique unilatérale ou bilatérale pendant les premières semaines ;

Des douleurs localisées à la région du sacrum ou du périnée ;

Des douleurs thoraciques paroxystiques à type d'Auger.

Formes métastatiques où prédominent ou bien où débutent cliniquement des signes de métastase hépatique, péritonéale, pleuropulmonaire ;

5° C'est comme forme clinique que nous rappellerons ici la possibilité de *forme diabétique* avec glycosurie véritable et boulimie, et de *formes hyperinsuliniques* par hyperplasie adénomateuse des cellules de Langerhans, avec hypoglycémie spontanée (vertiges, syncopes) ;

6° Enfin, nous insisterons sur la relative fréquence quel que soit le siège du cancer, des *formes latentes*, où seule l'autopsie révèle la lésion pancréatique cancéreuse.

C. *Suivant l'anatomie pathologique.*

Le cancer secondaire du pancréas qui reproduit le type du cancer originel : estomac, intestin, foie, rein. Ce cancer pancréatique secondaire n'est bien souvent qu'une découverte d'autopsie :

Le sarcome du pancréas, très rare ;

La dégénérescence néoplasique des kystes pancréatiques.

DIAGNOSTIC.

Il est, d'une façon générale, difficile. Si certains malades se présentent avec un ensemble quasi-schématique de symptômes classiques, la fréquence des formes cliniques anormales laisse deviner que, dans la plupart des cas, les pires difficultés seront rencontrées ; nous avons vu, d'autre part, combien sont souvent discutables les épreuves complémentaires de laboratoire.

Différentiel.

1° *Du cancer de la tête.*

A. *La lithiase cholédocienne.* — Lorsqu'elle se présente avec son aspect schématique d'ictère franc évoluant par poussées, chacune s'accompagnant de recrudescence de douleurs et de fièvre, chez une femme ayant des antécédents nets de lithiase biliaire, présentant des points douloureux classiques, une vésicule non perceptible, des signes radiologiques de lithiase, le diagnostic paraît évidemment facile.

Mais, sans nous attarder aux arguments médiocres d'âge ou de sexe, nous nous heurtons le plus souvent à des interprétations autrement difficiles.

La lithiase peut s'observer dans les antécédents d'un malade porteur d'un cancer pancréatique. La lithiase peut réaliser un ictère intense et sans rémission, et si l'on voit le malade après une certaine durée d'évolution on peut observer parfois un amaigrissement assez important pour imposer l'idée de cancer.

La douleur et la température, qui sont les meilleurs éléments évolutifs de la lithiase, peuvent s'observer dans le cancer.

La vésicule peut ne pas être perceptible au cours d'un cancer pancréatique, même si elle est réellement grosse (Mocquot).

Le laboratoire ne donne souvent que des éléments de discrimination difficiles à juger : la rétention biliaire isolée ne devrait apporter qu'un trouble moins intense dans le métabolisme des graisses, mais la coexistence de pancréatite chronique, de même qu'elle contribue à exagérer, de façon trompeuse, l'amaigrissement et les troubles digestifs cliniques, diminue considérablement aussi les différences qu'apparemment on serait en droit d'attendre de l'étude de la digestion des graisses. Aussi seuls les signes « négatifs » de laboratoire doivent être retenus.

B. La *pancréatite chronique* isolée, peut d'ailleurs, elle-même, simuler à elle seule le cancer de la tête, par l'ictère et ses signes généraux, quoique ceux-ci soient généralement moins marqués.

Ainsi, lorsqu'on hésite entre le calcul du cholédoque et le cancer du pancréas — et c'est fréquent — malgré une étude minutieuse, on peut être amené, dans la crainte de laisser évoluer un calcul du cholédoque, à une *intervention exploratrice.* Si un cancer du pancréas est trouvé, on pourra profiter de cette exploratrice pour pratiquer, si l'état du malade ne rend pas périlleuse une intervention prolongée, une cholécysto-duodénostomie *palliative.* Notons que, même au cours d'une intervention, il peut être difficile de distinguer le cancer d'une pancréatite chronique.

C. — L'ICTÈRE PAR HÉPATITE.

Si l'intervention exploratrice est de mise lorsqu'on hésite entre cancer du pancréas et lithiase cholédocienne, encore faut-il auparavant s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une hépatite.

— Soit ictère au cours de cirrhose méconnue ;

— Soit surtout *ictère catarrhal prolongé.* Celui-ci débute généralement, outre des troubles digestifs, par des troubles infectieux qui peuvent être passés inaperçus, il est vrai, il ne s'accompagne pas de l'amaigrissement observé dans le cancer pancréatique.

On ne perçoit pas de vésicule dilatée. En fait, c'est un diagnostic plus malaisé qu'il ne paraît, et les erreurs entre l'hépatite d'une part et le cancer pancréatique ou la lithiase cholédocienne d'autre parts, ont été maintes fois commises. Les épreuves d'insuffisance hépatique et notamment l'épreuve en galactose pourront avoir leur utilité, quoiqu'assez rapidement, la répercussion hépatique d'une rétention vraie puisse rendre leur interprétation très difficile.

D. — *Il est enfin de moindre conséquence de confondre avec le cancer du pancréas les autres cancers de la région.*

— *Cancer du cholédoque, du canal hépatique, de la vésicule biliaire.* Leur ictère continu, progressif, intense, associé à des signes de cachexie cancéreuse peut en rendre le tableau très voisin, quoique le déficit pancréatique n'apparaisse généralement ici que plus tardivement, lorsqu'il y a eu prorogation du canal de Wirsung ou compression de celui-ci.

— Un *cancer du foie peut,* dans d'autres cas, être aussi cause de confusion.

E. — Une bride de péritonite tuberculeuse, un kyste du lobule de Spiegel, comprimant l'hépato-cholédoque, ne sont que des diagnostics d'exception.

En fait, le cancer du pancréas, lorsque le diagnostic d'hépatite a été écarté, est dominé par l'importance qu'il y a à ne pas le confondre avec l'ictère, curable et à opérer précocement, que réalise la lithiase cholédocienne, et c'est là parfois un des diagnostics les plus difficiles qui soient.

2° Le *diagnostic du cancer du corps.*

Il donne lieu surtout à la discussion de *crises gastriques du tabès* réclamant un examen neurologique minutieux, ou parfois de crises douloureuses d'ulcus, d'aortite abdominale.

3° Enfin l'exceptionnel cancer de la queue pancréatique et les formes anormales, si variées, peuvent conduire à discuter un tumeur splénique, une tumeur colique ou rénale, un cancer de l'estomac, un diabète, une mélanodermie.

Parfois la latence complète du cancer rend difficile l'interprétation d'un état cachectique, pour lequel il faut penser au néoplasme du pancréas comme à celui de tout autre viscère.

Bref, si le cancer pancréatique réalise parfois l'aspect d'un ictère chronique insidieux, intense, progressif, continu avec altération rapide et considérable de l'état général, aspect schématique qui affirme le cancer de la tête du pancréas, c'est en fait une affection pour laquelle il faut s'attendre dans la majorité des cas, à de grandes difficultés diagnostiques.

VISSIAN.

INTERETS PROFESSIONNELS

Chambre Syndicale des Médecins de la Seine
60, boulev. de Latour-Maubourg, Paris (7e)

La Chambre Syndicale des Médecins de la Seine a été surprise d'entendre à la radio et de lire dans certains journaux quotidiens le texte suivant :

« La Chambre Syndicale des Médecins de la Seine a décidé de diminuer le montant des honoraires des médecins, ceux-ci sont ramenés de 200 à 190 francs en ce qui concerne les consultations au domicile du malade, et de 150 francs à 140 francs, dans le cabinet du médecin. »

Elle proteste contre ces informations, qui n'émanent pas d'elle. Elle ne déconseille pas à ses adhérents, par esprit civique, d'appliquer la réduction de 5 % sur leurs honoraires, mais elle ne peut admettre que la radio et la presse donnent des informations erronées. »

La Chambre syndicale des Médecins de la Seine, dans sa séance du 8 janvier 1947, a décidé de s'associer à la baisse du coût de la vie en invitant les médecins de la Seine à abaisser de 5 % le montant de leurs honoraires.

Syndicat National des Médecins électro-radiologistes qualifiés (Métropole - Union française)

Bureau 1947 : Président : Dr Delherm ; vice-présidents : Drs Coliez, Drevon, Lemaitre, Moutard ; secrétaire général : Dr Aime ; secrétaires généraux adjoints : Drs Lebouchard, Mion ; trésorier : Dr Ordioni ; trésorier adjoint, archiviste Dr Thoyer-Rozat.

L'ordre du jour de l'Assemblée générale, tenue le 8 décembre 1946, comportait les questions suivantes :

La nomination des nouveaux membres ;
La désignation des représentants du Syndicat dans les différentes commissions et aux différents groupements ;
La revision des statuts du Syndicat ;
La qualification envisagée par le ministère de la Santé, pour les assurés sociaux, et le certificat prénuptial ;
La qualification envisagée par le G.S.N.M.S. ;
Les rapports des conseillers financiers et juridique ;
La fixation des honoraires pour les assistants et remplaçants ;
La question des parasites, et celle du droit des sinistrés ;
L'exercice illégal de la spécialité ;
Les centres de diagnostic ;
L'incidence de la loi de sécurité sociale sur la profession ;
Les tarifs de la nomenclature.

Trois vœux ont été votés : l'un demandant que dans les hôpitaux l'électro-encéphalogramme soit réservé aux électro-radiologistes, le deuxième approuvant l'attitude des gynécologues au sujet du G. Full Time ; enfin le dernier sur l'unification de l'enseignement dans toutes les Facultés, et la nomination de professeurs d'électro-radiologie clinique dans toutes les Universités.

Mutuelle d'Assurances du Corps Sanitaire Français

Les bureaux de la Mutuelle d'Assurances du Corps Sanitaire Français (Ancienne Mutuelle Confédérale d'Assurances des Syndicats Médicaux Français et Mutuelle d'Assurances des Médecins) sont à nouveau transférés à l'ancien siège social : 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e). Téléphone Invalides 39-98.

On est prié d'adresser toute correspondance à cette nouvelle adresse, les bureaux de Brive étant désormais fermés.

COURS

FACULTE DE MEDECINE
Conférences d'actualités pratiques

Ces conférences destinées à tous les médecins, auront lieu au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

PROGRAMME

Mercredi 22 janvier. — 20 h. 30, Prof. Lemierre : Diagnostic et traitement des septicémies anaérobies ; 21 h. 30, Prof. Moulonguet : Le diagnostic précoce du cancer, maladie curable.

Vendredi 24 janvier. — 20 h. 30, Prof. Cathala : Physiopathologie et traitement de la diarrhée des nourrissons ; 21 h. 30, Prof. Cadenat : Complications de l'avortement.

Mardi 28 janvier. — 20 h. 30, Prof. Piédelièvre : Intoxication oxycarbonée ; 21 heures 30, Prof. Mathieu : Indications chirurgicales actuelles dans le traitement des arthrites chroniques de la hanche.

Vendredi, 31 janvier. — 20 h. 30, Prof. agr. de Sèze : Diagnostics et traitements modernes des sciatiques ; 21 h. 30, Prof. agr. Funck-Brentano : Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine rompue.

Mardi 4 février. — 20 h. 30, Prof. agr. Boulin : Traitement moderne du diabète ; 21 h. 30, Prof. Fey : Méthodes actuelles d'exérèse de l'adénomo-prostatique.

Vendredi 7 février. — 20 h. 30, Dr Gutmann : Diagnostic précoce du cancer de l'estomac ; 21 h. 30, Prof. Brocq : Traitement des fibrômes utérins.

Mardi 11 février. — 20 h. 30, Prof. Gougerot : Les cinq étapes de la vie d'un syphilitique ; 21 h. 30, Dr Cleisz : Conduite à tenir au cours de l'accouchement dans les bassins rachitiques.

Vendredi 14 février. — 20 h. 30, Dr Michaux : Les électrochocs ; 21 h. 30, Prof. agr. Patel : Indications opératoires dans les cholécystites.

Vendredi 21 février. — 20 h. 30, Dr Martin : Indications actuelles de la pénicilline en médecine ; 21 h. 30, Prof. Sénèque : Indications thérapeutiques dans le cancer du sein.

Mardi 25 février. — 20 h. 30, Prof. Lian : Diagnostic et traitement de l'angine de poitrine ; 21 h. 30, Prof. Dechaume : Manifestations à distance des infections bucco-dentaires.

Vendredi 28 février. — 20 h. 30, Prof. agr. Degos : Nouveaux traitements de la syphilis ; 21 h. 30, Prof. agr. Fèvre : Sténose hypertrophique du pylore du nourrisson.

Mardi 4 mars. — 20 h. 30, Dr Lambling : La maladie ulcéreuse gastro-duodénale ; 21 h. 30, Prof. agr. G. Offret : Les greffes de la cornée.

Clinique Thérapeutique Médicale de l'hôpital Saint-Antoine

Professeur : Maurice Loeper

LES MÉDICATIONS DU JOUR

Conférences de l'Institut de Thérapeutique Amphithéâtre Hayem, samedi 10 h. 3/4

25 janvier. — Le traitement de la sciatique : M. le professeur agrégé de Sèze.

1er février. — Le traitement de la margarine : M. le professeur agrégé Hamburger.

8 février. — La radiomanométrie biliaire : M. le docteur Caroli.

15 février. — Le traitement moderne des ulcères gastroduodenaux : M. le docteur Guy Albot.

22 février. — Le traitement martial par voie parentérale : M. le docteur Lafontaine.

1er mars. — Le traitement des stases bronchiques : M. le docteur Ameuille.

8 mars. — La radiothérapie des cancers des os : M. le docteur Pierquin.

15 mars. — Les accidents de la transfusion : M. le docteur Tzanck.

22 mars. — Nouveaux traitements des lithiases rénales : M. le docteur Cottet.

Réunion des Médecins de l'hôpital Saint-Antoine

Le dernier jeudi du mois, à 10 h. 1/2 à l'Amphithéâtre Hayem

30 janvier. — La stase duodénale : MM. les docteurs Cachin, Hepp, Porcher.

27 février. — Les hypoglycémies : MM. les docteurs Boulin et Rambert.

20 mars. — Les épreuves pharmacodynamiques en radiologie digestive : MM. les docteurs Porcher et Varay.

24 avril. — L'intoxication oxycarbonée : MM. les docteurs Desoille, Loeper et Truffert.

29 mai. — La goutte oxalique ett l'oxalémie : MM. les docteurs Chevassu, Loeper et Vignalou.

CHRONIQUE

Leçon inaugurale du professeur Lavier

La leçon inaugurale de la chaire de pathologie exotique avait attiré, le 6 janvier, une très brillante assistance à la Faculté de Médecine de Paris. Le premier titulaire de la nouvelle chaire, M. Lavier, compte assurément beaucoup d'amis à Paris, mais les Lillois n'oublient pas celui qui fut l'un des leurs, aussi plusieurs d'entre eux étaient-ils venus l'entendre et l'applaudir.

Dans l'amphithéâtre, je note, au hasard des entrées, le médecin général inspecteur Lecomte, le professeur Tanon, M. Gheerbrandt, directeur du Comité de l'Empire Français, M. le doyen honoraire Baudouin, les médecins généraux inspecteurs Rouvillois, Jame, Vaucel, Muraz, ancien chef des services de la maladie du sommeil en Afrique équatoriale, les médecins généraux Bouvier et Bouffard, le médecin général de 1re classe de la marine Le Chuiton, les professeurs Lemierre, Laubry, Laignel-Lavastine, Lantuéjoul, Chabrol, Aubertin, Giroud, Dechaume, le professeur Brumpt, le Dr Bouët, président de l'Académie des sciences coloniales, MM. Veau, Baumgartner, Verge, Guérin, Noël Bernard, sous-directeur de l'Institut Pasteur, M. Charton, directeur de l'Enseignement à la France d'outre-mer, les professeurs Gernez et Coutelen (de Lille), les docteurs Herpin et Heim de Balsac...

On remarquait enfin la présence de nombreuses dames entourant Mme Lavier.

Au milieu d'applaudissements nourris, le nouveau professeur fait son entrée avec le cérémonial habituel. Dans le corps professoral, en robe, groupé autour de M. le recteur Roussy, voici M. le doyen Léon Binet, accompagné du doyen de Lille, M. le professeur Combemale, puis M. le profes-

seur Polonovski, un ancien de Lille, et MM. les professeurs Verne, Gougerot, Debré, Joannon, Justin-Besançon, MM. les professeurs agrégés Mollaret, Lelong, Bariéty...

M. le doyen Binet présente le nouveau professeur. Il rappelle que pendant la guerre de 1914, M. Lavier eut la révélation de la pathologie exotique. C'est à Salonique, comme médecin sous-lieutenant, que notre confrère put se consacrer à l'étude du paludisme et des maladies infectieuses et se dévouer au service des malades de notre armée d'Orient.

Depuis Salonique, M. Lavier, aux côtés du professeur Brumpt, s'est attaché à l'étude de la parasitologie. Et le doyen rappelle les recherches du nouveau professeur et les belles études qu'il a rapportées de ses nombreux voyages.

Au nom de la Faculté de Paris, au nom de la Faculté de Lille, ajoute-t-il, en se tournant vers M. le doyen Combemale, M. le doyen Binet souhaite la bienvenue à son nouveau collègue.

M. le professeur Lavier prend alors la parole. Il témoigne sa gratitude à M. le doyen honoraire Baudouin, à M. le doyen Binet, à M. le doyen Combemale, qui a bien voulu, avec plusieurs collègues de Lille, venir assister à sa leçon inaugurale.

Ses souvenirs se reportent alors vers ses parents qui ne sont plus là. Il rappelle ses promenades avec son père dans la forêt de Cîteaux où il aimait, dès son enfance, à observer les insectes. Puis ce sont ses études à Paris, ses souvenirs d'hôpital, auprès de Baumgartner, de Léon Bernard, et c'est 1914 ! Il est médecin de bataillon ; 1916 : il part comme volontaire pour Salonique. Pendant deux ans, il assiste à la formidable explosion du paludisme, aux épidémies de typhus. Après avoir été chercher des conseils auprès de Raphaël Blanchard, alors près de la fin, il devient l'élève de Brumpt, auquel il rend un hommage émouvant, très applaudi par l'assistance.

M. Lavier, avant d'aborder le sujet de son cours, se tourne vers M. Polonovski, vers ses maîtres de Lille, il leur dit sa gratitude. Enfin il adresse à Mme Lavier l'hommage ému de sa reconnaissance.

La leçon de M. Lavier fut un raccourci très alerte et vivant de l'histoire de la pathologie exotique. Je m'excuse de ne pouvoir en donner qu'un bien faible aperçu et sans doute très déformé.

Si les premiers navigateurs ne connurent, en fait de maladie, que le scorbut, les premiers colons, et ce furent peut-être des Hollandais, apprirent à connaître peu à peu des maladies nouvelles. Et M. Lavier s'attarde davantage sur la vie d'un homme qui fut vraiment, au XVIIe siècle, un précurseur des médecins de la France d'outre-mer. Ce fut La Martinière. Né à Montoire, il alla s'installer à la Martinique. Il vécut et mourut à la colonie qu'il ne voulut jamais quitter.

Dans une brève énumération, M. Lavier rappelle les noms de ceux qui furent à leur tour les pionniers de la médecine française d'outre-mer. Ces hommes étaient à la fois médecins et naturalistes, encouragés comme La Martinière par le gouvernement royal, soutenus, et ce furent surtout les naturalistes, par l'Académie des sciences. Ils étaient des hommes d'action, on leur doit toute une organisation qui a fait ses preuves, on leur doit surtout d'avoir montré que le médecin des tropiques doit connaître à la fois la médecine générale et la pathologie exotique.

Actuellement, les bouleversements mondiaux ont ouvert de nouveaux horizons et renversé la situation. La pathologie exotique doit être connue de tous les médecins. Aux Etats-Unis, un fort courant d'opinion demande que cette pathologie soit enseignée à tous les médecins. La nouvelle chaire de la Faculté de Paris répond à ce besoin. Elle arrive, d'autre part, à un moment grave de la vie de l'Empire français. Le médecin a un grand rôle à remplir pour rapprocher les hommes de bonne volonté. Nous sommes assurés que des maîtres comme M. Lavier joueront ce rôle avec honneur, et qu'ils serviront à la fois les intérêts de la science et ceux de la Patrie.

F. L. S.

COMITE DE L'EMPIRE FRANÇAIS

La Commission d'hygiène te de médecine s'est réunie le 7 janvier sous la présidence de M. Gheebrandt, directeur de l'Union coloniale, qui a fait part à la commission de la démission de son président, le professeur Pasteur Vallery-Radot.

M. le professeur Tanon a été élu président, à l'unanimité. Le secrétaire général, M. Sasportas, étant malheureusement gravement malade, la commission lui adresse ses vœux affectueux et demande à M. le professeur Lavier de bien vouloir assurer temporairement les liaisons nécessaires.

MM. les professeurs Pasteur Vallery-Radot et Lemierre ont été nommés présidents d'honneur.

La commission discute ensuite longuement la question de l'enseignement clinique des maladies exotiques. Naguère un grand effort dans ce sens avait été fait par le regretté Pierre Teissier et par le professeur Tanon, puis par le professeur André Lemierre. Grâce à l'obligeance du professeur Mollaret, l'enseignement clinique pourra être toujours assuré à l'hôpital Claude-Bernard.

Enfin, la commission a décidé que les médecins vétérinaires seraient désormais admis sans limitation.

Dans une très prochaine réunion, la commision étudiera la relève des médecins coloniaux.

GASTON ROUSSEL

Vendredi dernier, 10 janvier, ont eu lieu à Boulogne-sur-Seine, au milieu d'une affluence considérable, les obsèques du Dr Gaston Roussel, membre de l'Académie de médecine, membre de l'Académie vétérinaier de France, membre de la Société de Pathologie comparée et de la Société de chimie biologique, officier de la Légion d'honneur. Il était âgé de 69 ans.

Gaston Roussel a été le fondateur et l'animateur prestigieux des immenses laboratoires qui portent son nom.

C'est à la suite des travaux de Carnot et Deflandre sur le développement des propriétés hématopoïétiques apparues dans le sérum des animaux saignés que Roussel fut amené à poursuivre des expériences sur le cheval. Il démontra la régénération globulaire après la saignée et, en employant le sérum normal de seconde saignée, il dota la thérapeutique d'un tonique puissant.

Tous ceux qui ont visité les admirables laboratoires que Roussel fut alors amené à créer en ont gardé un souvenir émerveillé. Roussel avait commencé vers 1911 avec 4 chevaux. Quinze ans plus tard il en avait 1.500, il occupait 5.000 aides ou empoyés, les laboratoires de Paris s'étendant sur vingt hectares.

Roussel ne s'arrêta pas là. Il consacra à de nouvelles recherches les puissants moyens dont il disposait. L'étude des diastases et des hormones du sérum le conduisit à étudier la chimie des hormones. On sait que c'est dans les laboratoires de Roussel que fut mise au point la préparation industrielle de l'hormone, lorsque, en 1929, les travaux de Doisy, de Butenandt, de Laqueur, de Girard, permirent d'obtenir à l'état cristallisé la folliculine.

En 1918, la conférence de Londres décida de fixer l'étalon international de substance actène. C'est à la France qu'on s'adressa, et ce furent les laboratoires de Roussel qui, seuls, furent capables de fournir à la S.D.N. les quantités d'hormone ovarienne nécessaires pour doter de l'étalon les laboratoires du monde entier.

La France doit donc ce succès aux travaux de Roussel, au développement prodigieux de ses laboratoires, à leur organisation modèle et aussi à la générosité bien connue du savant.

Réalisateur hors de pair, Roussel avait ajouté à son laboratoire de Paris d'autres établissements d'une grande importance en Amérique, au Mexique, au Brésil et en Argentine. Là encore il a bien servi son pays.

Roussel disparaît avant d'avoir eu la satisfaction de voir paraître le « Traité du sérum normal », qu'il écrivit avec Brocq-Rousseu...

Très respectueusement nous adressons l'hommage de notre sympathie à Mme Roussel et nous prions ses enfants de recevoir l'expression de nos bien vives condoléances.

F. L. S.

Dépôt légal. — 1947. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 4. — SAMEDI 25 JANVIER 1947 — 120e ANNEE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr.
Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr.
Chèques Postaux Paris : 2538 76

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements
et pour toute la correspondance
s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

En exécution des décrets relatifs à la baisse générale de 5 %,
Nos prix d'abonnement et de vente au numéro subissent une baisse de 5 % sur les tarifs en vigueur le 1er janvier 1947 :

Un an : France	356 fr.
au lieu de	375 fr.
Un an : étudiant	190 »
au lieu de	200 fr.
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Visite du président de la République. — Le 18 janvier 1947, M. Vincent Auriol, président de la République, a rendu visite aux malades de l'hôpital Saint-Antoine.

Concours de médecin des hôpitaux
(6 places)

Jury. — MM. les docteurs Boulin, Ravina (André), Debré, Et. Bernard, Michaux, Bariéty, Perrault, Moussoir, Albot, Garcin, Azerad, Boltanski, Lévêque, M.-P. Weil, de Brun du Bois Noir, Huber, Lian, Heuyer, Sézary, Binet, Kourilsky, Carrié, Faroy, Chevalley.

Concours d'assistant en chirurgie
(5 places)

Jury. — MM. les docteurs Monod (Robert), Houdard, Moulonguet, Deniker, Maurer, Oberlin, Hepp, Métivet, Rouhier, Redon, chirurgiens ; Chevallier, médecin.

Concours pour la nomination à huit places d'attachés d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris

Ce concours s'ouvrira le 19 mars 1947. Inscriptions du 14 au 26 février 1947 inclus.

Concours pour la nomination à une place d'assistant d'ophtalmologie des hôpitaux de Paris

Ce concours s'ouvrira le 20 mars 1947. Inscriptions du 14 au 26 février 1947 inclus.

Concours de l'internat de médecine 1946
ÉPREUVES ORALES

Séance du mardi 14 janvier 1947

Notes attribuées. — MM. Leclercq, 22 ; Sourdille, 18 ; Bousquet, 20 ; Forès Claude, 12 ; Fossard, 8 ; Mathis, 21 ; de M'Uzzan, 7 ; Boutry, 8 ; Wapler, 15 ; Hummel, 21.

Questions sorties. — Signes, diagnostic et indications thérapeutiques de la maladie d'Addison ; Anévrismes artériels du creux poplité sans le traitement.

Séance du mercredi 15 janvier 1947

Notes attri[illegible]s. — MM. Ossipovski, 23 ; Roussillo[illegible] ; Weissenbach, 25 ; Richard (Cl.), 12 [illegible], 11 Caramanian, 17 ; Martin (J.-J.), [illegible] Vaujour, 24 ; Ziégler, 11 ; Basset, 19.

Questions sorti[illegible] Signes et évolution des hémorragies i[illegible]les et des perforations intestinales [illegible]urs de la fièvre typhoïde (sans le [illegible]tic) ; Les panaris du pouce.

Légion d'Honneur. [illegible]E CHANCELLERIE

OFFICIER. — Dr R[illegible] (Michel-Isaac).
CHEVALIER. — Dr [illegible]t Vincent), de Paris.

Ordre de la Sante publique

OFFICIER. — Le professeur J. Bougault. (Le décret du 8 janvier 1947, qui nommait le professeur Bougault chevalier, est abrogé.)

Mérite maritime

OFFICIER. — M. le Dr Georges Chefneux.
CHEVALIER. — M. le Dr Florian Schers.

SANTE PUBLIQUE

Commission consultative de la transfusion sanguine. — Sont nommés membres de la commission : M. le Médecin chef du Service central de transfusion sanguine et de réanimation de l'armée ; M. le Directeur de l'Institut national de l'hygiène.

Commission permanente du Codex

Est nommé membre titulaire de la commission M. le professeur A. Sartory, en remplacement de M. le professeur René Fabre, et membres correspondants MM. le Dr Georges Brouet, le professeur André Chevallier, Jequier, Darde, Morette, M. le pharmacien chimiste général de la marine, Marcelle.

Conseil permanent d'hygiène sociale
(Commission de la tuberculose)

MM. les Drs Weil-Hallé et Hinault, membres du Conseil, sont affectés à la commission de la tuberculose.

Sanatoriums publics. — Après concours, sont admis à exercer les fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics pour la tuberculose pulmonaire ou de médecin des dispensaires antituberculeux :

MM. les Drs Sale, Legendre, Le Hiz, Sherding, Zerah (organismes privés), de Mecquenem, Mlle Langlade, MM. Maleval, Jamet, Hardre.

Mlle Bermi, MM. Peste, Rocher, Mlle Butor, MM. Thuan, Colombier, Besnard, Roberjot, Villatte, Burchard.

MM. Kalachnikoff, Vincent Hellias, Gugelot, Mlle Lavier, MM. Ernewein, Blind, Strehalano, Jadot, [illegible]uech.

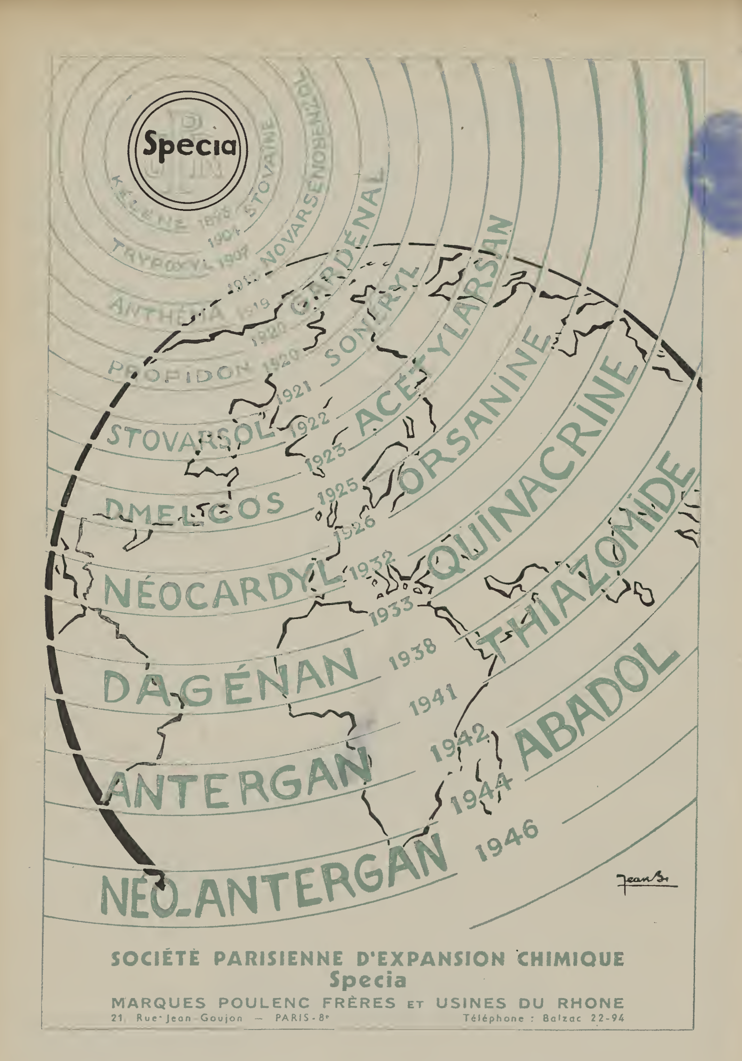
Mlle Weinstein, M. Martin-Lalande, Mlle Osta, MM. Joneaux, Mercier, Mlle Gérard, MM. Jacotot, Molimar, Weil, Félix.

M. Bernheim, Mlle Genthon, M. Fourcault, Mme Lepape, M. Labeur, Mlle Labarde, MM. Moulin, Larde, Sabiani.

Mlle Masbou, M. Pic, Mlle Adam, Mme Moreau, M. Chaduc, Mme Sap, MM. Mons, Cerf, Chomereau, Revol, Poteaux, Courtadon.

Liste supplémentaire : MM. Lemoine, Lescaille, Duron, Balard, Fort, Mlle Foucault, MM. Besson, Cabanel.

(Fin des Informations, page 64.)


Specia
STOVAÏNE 1904
TRYPOXYL 1907
NOVARSÉNOBENZOL
1919 GARDÉNAL
1920 SONÉRYL
PROPIDON 1920
1921 ACÉTYLARSAN
STOVARSOL 1922
1923 ORSANINE
DMELCOS 1925
1926 QUINACRINE
NÉOCARDYL 1932
1933 THIAZOMIDE
DAGÉNAN 1938
1941 ABADOL
ANTERGAN 1942
1944
NÉO-ANTERGAN 1946
Jean Br
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE
21, Rue Jean-Goujon — PARIS-8e
Téléphone : Balzac 22-94

A NUREMBERG

Le procès des médecins nazis criminels de guerre

Au second procès de Nuremberg, notre excellent confrère *Bruxelles Médical* a pu, avec l'appui du gouvernement belge, faire accréditer le général médecin de réserve Charles Sillevaerts, le très distingué secrétaire de sa rédaction.

Grâce à l'esprit d'initiative de notre confrère, grâce à l'objectivité de son représentant, *Bruxelles Médical* a pu, le 24 décembre 1946, publier un récit impartial du début d'un procès où des médecins ont fait figure d'ignobles tortionnaires et d'abominables criminels.

M. Sillevaerts écrit qu'il lui a fallu surmonter un immense dégoût et un écœurement allant jusqu'à la nausée pour assister jusqu'au bout des atroces débats. On le croit sans peine. Mais nous estimons qu'il ne faut pas laisser le voile de l'oubli tomber sur les effroyables crimes des médecins allemands et nous surmontons à notre tour notre dégoût pour essayer de résumer son reportage.

Les accusés étaient au nombre de 23, parmi lesquels le médecin personnel d'Adolphe Hitler, un chirurgien des hôpitaux de Berlin, plusieurs lieutenants généraux du service de santé, etc. Leurs noms importent peu.

L'acte d'accusation comprenait quatre parties

Premier chef d'accusation : *The Common Design or Conspiracy*. Tous les prévenus, sans distinction, sont accusés d'avoir, en commun, en parfaite connaissance de cause et volontairement, conspiré ensemble, avec le concours d'autres personnes pour commettre les crimes de guerre et les crimes contre l'humanité.

Deuxième chef d'accusation. *Les crimes de guerre.* En voici la nomenclature :

A. *Expériences relatives aux hautes altitudes.* — Les sujets, dans le but de rechercher les limites de la résistance humaine aux altitudes extrêmes étaient enfermés dans une chambre à dépression permettant de réaliser les conditions atmosphériques existant aux hautes altitudes, à plus de 22.440 mètres.

Beaucoup de victimes moururent ou souffrirent dans la suite les pires tortures.

B. *Expériences concernant les congélations aux basses températures.* — D'août 1942 à mai 1943, des essais furent entrepris à Dachau pour définir les moyens de traitement des sujets refroidis ou gelés. Dans une première série les victimes furent maintenues dans un réservoir d'eau glacée pendant plus de trois heures. D'autres étaient exposées nues à l'extérieur par des températures inférieures à zéro. On essayait ensuite, par divers moyens, de réchauffer les survivants ! sans doute pour recommencer...

C. *Expériences de malarisation.* — Toujours à Dachau, de février 1942 à avril 1945, les internés en bonne santé furent infectés par des moustiques on injectés au moyen d'extraits de glandes muqueuses de moustiques. Après avoir contracté la malaria, les victimes étaient soumises à des essais de divers traitements. Plus de mille internés furent soumis à ces expériences. Beaucoup moururent , les autres sont très gravement atteints et incurables.

D. *Expériences au moyen du gaz moutarde.* — Dans plusieurs camps, toujours pour rechercher une thérapeutique efficace, de nombreuses victimes périrent dans les atroces souffrances que l'on sait.

E. *Expériences avec les sulfamidés.* — C'est à Ravensbrück que des victimes « en expérience » furent infectées : streptococcie, gangrène gazeuse, tétanos. Par raffinement, la circulation du sang était interrompue par des ligatures de vaisseaux aux extrémités de la plaie afin de reproduire des conditions analogues à celles des blessures de guerre. Infection des plaies, puis traitement par des sulfamidés dont on voulait contrôler l'efficacité. Là encore, douleurs et mort !

F. *Expériences relatives à la régénération des os, des muscles et des nerfs ainsi qu'à la transplantation des os.* — C'est encore à Ravensbrück, de 1942 à 1943, que furent réalisées ces expériences de vivisections accompagnées de douleurs abominables, d'atroces mutilations !

G. *Expériences d'absorption d'eau de mer.* — Ces expériences faites pour le compte de la marine et de l'aviation allemande, avaient pour but de rendre potable l'eau de mer. Des victimes étaient privées de toute nourriture et alimentées uniquement au moyen d'eau de mer traitée chimiquement. On devine les souffrances indescriptibles et les lésions causées par un tel régime.

H. *Expériences relatives à l'ictère épidémique « Epidemic jaundice ».* — Pendant deux ans les expériences furent poursuivies à Sachsenhausen et Natzweiler. Des victimes furent infectées, beaucoup moururent.

I. *Expériences de stérilisation.* — A Auschwitz, à Ravensbrück et dans d'autres camps furent poursuivies de mars 1941 à janvier 1945, des expériences de stérilisation en vue d'établir une méthode de stérilisation susceptible de stériliser des millions d'individus en un minimum de temps. Les rayons X, des interventions chirurgicales furent les moyens de crime employés par les Allemands.

J. *Expériences concernant le typhus exanthématique.* — Des victimes innombrables servirent de cobaye pour diverses recherches concernant non seulement le typhus exanthématique, mais encore la fièvre jaune, la variole, la fièvre typhoïde, les paratyphoïdes A et B, le choléra et la diphtérie.

K. *Expériences au moyen de poisons.* — Des poisons mélangés à la nourriture furent secrètement administrés à des victimes désignées. « Certains en moururent, les autres furent tués immédiatement après l'absorption de façon à pouvoir pratiquer de suite l'autopsie. » Dans le même ordre d'idée des internés furent « tirés » avec des balles empoisonnées. Eux aussi moururent dans les pires souffrances.

L. *Expériences avec les bombes incendiaires.* — Elles avaient pour but de chercher les effets de différentes substances pharmaceutiques sur les brûlures produites par le phosphore.

Les deux derniers chefs d'accusation concernent d'autres crimes : meurtres de civils (cent douze israélites avaient été choisis pour compléter la collection de squelettes à l'Université de Strasbourg).

D'autres Allemands sont accusés d'avoir tué des dizaines de milliers de civils ou de membres des forces armées de Pologne ou encore des malades, notamment des tuberculeux.

L'Euthanasie du Reich allemand avait un vaste programme qui comprenait l'exécution secrète et systématique des vieillards, des aliénés, des malades incurables, des enfants arriérés... Ce programme a reçu un large début d'application. On évalue à plusieurs centaines de milliers les victimes (par gaz ou injections meurtrières) des médecins allemands. Car ce furent encore des médecins qui furent chargés de l'extermination en masse des israélites dans les pays occupés de l'Est.

Les accusés avaient donc à répondre d'un *troisième chef d'accusation* (les crimes contre l'humanité) et d'un *quatrième chef d'accusation* (les membres d'une association criminelle).

Arrêtons-nous ici, la simple énumération des crimes dépasse en horreur tout ce que l'on peut imaginer.

Nous devons remercier M. Ch. Sillevaerts de nous les avoir fait connaître.

Trop de gens oublient en effet ces crimes abominables. Un trop grand nombre seraient prêts à passer l'éponge. Et c'est pourquoi nous avons cru nécessaire de faire cette longue et émouvante citation :

N'oubliez jamais !

F. L. S.

REVUE GÉNÉRALE

Les interdépendances réactionnelles ovaro-digestives

Par le Professeur E. Mériel (Toulouse)

Connues depuis longtemps, les interdépendances ovaro-digestives semblent avoir trouvé, dans la doctrine endocrinienne une interprétation et un intérêt renouvelés. Les raisons de causalité des troubles digestifs et du fonctionnement de l'ovaire avaient pourtant été négligés par la plupart des auteurs. « En réalité, remarque Chiray, le retentissement des troubles ovariens sur la pathologie digestive est resté ignoré dans sa fréquence, dans ses lois, dans son mécanisme et surtout, ce qui importe davantage, dans ses conséquences thérapeutiques. » Dyspepsie et troubles ovariens, faut-il voir dans ce complexe une simple coïncidence ou un rapport causal ? Pendant longtemps les auteurs se sont contentés de la première hypothèse, mais elle n'est plus à retenir aujourd'hui depuis qu'on connaît mieux l'influence directe des déséquilibres ovariens sur le fonctionnement des organes digestifs. Ces réactions réciproques de l'ovaire sur l'appareil digestif et de ce dernier sur l'ovaire ont conduit, par les hormones synthétiques, à établir des indications thérapeutiques qu'ont par la suite vérifiées des résultats encourageants. C'est évidemment là, pour le praticien, la conclusion essentielle à retirer des considérations physiologiques et pathogéniques que nous allons maintenant rappeler.

Normalement le fonctionnement de l'appareil utéro-ovarien exerce une influence très discrète sur le tube digestif. Celui-ci, ne présentant pas de cycle fonctionnel calqué sur le cycle menstruel, est influencé par le cycle neuro-végétatif qui commande l'appareil utéro-ovarien, et qui se caractérise par une tendance à la sympathicotonie pré-menstruelle et une tendance à la vagotonie menstruelle (Hélène Ramon). Puis la femme entre dans une phase sympathicotonique de faible durée, cessant à la veille des règles ou à leurs premiers jours. Mais ce schéma, fait tout de suite remarquer H. Ramon, n'a rien d'invariable, attendu que « selon la constitution et les circonstances, la sécrétion des hormones et ses conséquences neuro-végétatives n'ont pas la même netteté ; il se produit des décalages, et souvent tel phénomène de la phase sympathicotonique se poursuit en phase vagotonique » (H. Ramon). L'incidence de ces influences hormonales et neuro-végétatives sera une hyperchlorhydrie et une hyperkinésie coliques. En principe, la vagotonie menstruelle favorise la fonction intestinale, puisque 40 % des constipées habituelles vont suffisamment à la selle, et que 10 % des femmes deviennent diarrhéiques.

Ceci n'est en somme qu'une ébauche discrète des interréactions ovaro-intestinales chez la femme normale, mais elle s'accusera davantage si le système neuro-végétatif et endocrinien vient à se déséquilibrer. En effet, en dehors de ces phénomènes physiologiques, des troubles génitaux plus accentués peuvent agir avec intensité sur le tube digestif, et cela par voie humorale ou par voie nerveuse.

La voie humorale — autrement dit hormonale — n'agira pas directement sur le tube digestif ; c'est par l'intermédiaire du système neuro-végétatif sur les tuniques intestinales que les hormones sexuelles porteront leur action. Cette réserve faite, on ne peut cependant oublier que l'action directe sur l'intestin peut, dans certains cas, être observée par l'expérimentation. C'est ainsi que Loeper, Lemaitre et Tauzin, en 1934, en injectant dans les veines d'animaux de la folliculine et de la progestérone, ont constaté que ces deux substances hormonales, pourtant antagonistes, agissaient de même façon en diminuant la motricité intestinale. Chiray, Maschas et Mollard, expérimentant sur des fragments isolés d'intestin fixés sur un myographe, ont constaté également que la folliculine, la progestérone et la testostérone abaissaient le tonus intestinal et les contractions. D'autre part, Chiray a publié des observations s'accordant mal avec ces données expérimentales, où il a vu la folliculine améliorer certaines colites et exalter certaines autres, en même temps qu'il observait que, par un effet antagoniste, la progestérone améliorait celles-ci. Il explique cette contradiction en disant que, en deçà et au delà d'un certain taux hormonal, l'excitation myogène ou neurogène de l'intestin est mise en jeu de la même façon.

Enfin Tsutsulopulos a prouvé expérimentalement l'influence des hormones sexuelles sur le tractus intestinal : injectée pendant longtemps à doses élevées, l'hormone folliculaire produit une hypertonicité de l'intestin grêle et du côlon. Par contre, l'injection intramusculaire de corps jaune renouvelée a pu abaisser le tonus du côlon, en exagérant le péristaltisme du grêle et du côlon. Si on élève la dose, c'est l'hypotonicité du grêle qui se produit avec disparition du péristaltisme, ainsi qu'une élévation légère du tonus rectal.

Le deuxième mode d'action susceptible d'influencer les tuniques intestinales est la voie nerveuse, par le parasympathique (excito-moteur et vaso-dilatateur) et par le sympathique (inhibant des fonctions motrices de l'intestin et diminuant les sécrétions intestinales).

Ainsi, selon le sens de la réponse neuro-végétative, les effets d'un trouble neuro-végétatif sur l'appareil digestif seront variables ; ces différences s'expliquent par le tempérament neuro-végétatif habituel ou par le tonus neuro-végétatif du moment, c'est-à-dire selon les circonstances et aussi par certaines localisations des épines irritatives, par des lésions anciennes et des sensibilisations locales.

A l'aide de ces données physiologiques, il sera possible d'aborder maintenant l'explication de certains cas particuliers d'interréaction génito-digestive. Ces interdépendances morbides génito-digestives vont pouvoir s'observer dans tout le cours de la vie génitale de la femme.

1° *A la puberté*, il est fréquent de voir survenir des troubles dyspeptiques. En effet, la puberté marquant l'achèvement de la croissance, il y a suractivité génitale avec incidence sur les systèmes endocrinien et neuro-végétatif.

Nous savons qu'il existe des substances réactogènes élaborées par l'organisme lui-même ; or, parmi celles-ci, les produits du cycle menstruel tiennent une place très importante, au point que dans les accidents cataméniaux, c'est le sang menstruel qui joue le rôle principal (Gutmann). Dans cet ordre d'idées Jahiel a pensé que le sang épanché à chaque période dans le péritoine pourrait être à la base de la sensibilisation. L'action réactogène de ce sang peut être due, d'après Mommsen, à la formation d'une amine toxique, qui est éliminée par le sang menstruel.

Sans rejeter cette hypothèse, Gutmann considère comme plus probable un processus beaucoup plus général. En effet, les phénomènes critiques précédant l'écoulement sanguin et l'arrivée de celui-ci représentant dans l'organisme la fin d'une longue « perturbation générale »; non seulement la composition humorale se modifie dans d'importantes proportions (calcium, cholestérol du sang), mais aussi des changements s'établissent qui s'apparentent à ceux des chocs anaphylactiques, tel le tonus végétatif modifié, la vogotonie prémenstruelle, puis l'état sympathicotonique avant l'apparition du flux sanguin et enfin, au moment de son écoulement des modifications sanguines (hyperleucocytose, éosinophilie, index réfractométrique augmenté). C'est là, la théorie anaphylactique de la menstruation (Brouha et Dustin, Keiffer, Dalché). Elle est adoptée par Gutmann sous le vocable de « *choc menstruel* » ; il montre ainsi que, dans les syndromes digestifs du type anaphylactique, le choc réveillait le point le plus excitable, c'est-à-dire se manifestant sur l'organe malade (crise vésiculaire menstruelle, crise hépatique menstruelle, et crises hépato-biliaires associées, extrêmement fréquentes). Depuis longtemps, en effet, on a remarqué ces rapports liant les deux appareils génital et hépato-biliaire, ce que Loeper et Binet ont dénommé la « *sympathie cholécysto-ovarienne* »). Il s'agit là vraisemblablement de phénomènes infectieux latents, phénomènes allergiques ou anaphylactiques réveillés ou exacerbés par le déséquilibre endocrinien (de Brux). Chez beaucoup de malades, de tels incidents surviennent exclusivement au moment des règles. Mais même s'il existe déjà des troubles permanents, comme dans les formes compliquées avec péricholécystite, la période menstruelle ou prémenstruelle est souvent marquée par une recrudescence des accidents douloureux. Cette relation est parfois si précise qu'une menstruation qui cesse par ménopause, grossesse ou castration, peut faire disparaître les crises ou au contraire les faire naître ou multiplier.

Au moment des règles, les plexus nerveux deviennent douloureux à la pression, et cette modification pathologique est due à des modifications du système neuro-végétatif, sous l'action du « *choc cataménial* » décrit par Gutmann.

Loeper et Fau ont également décrit ces « accidents digestifs des règles » sous trois types (diarrhéique, migraineux, spasmodiques) et rattachent ces troubles à l'action inhibitrice de certaines hormones ovariennes. Ils ont montré ainsi que ces phénomènes font, à la veille des règles, place à la diarrhée et à l'hyperkinésie vésiculaire, qui constituent de la sorte un phénomène compensateur et critique, après une inhibition durable de la glande hépatique. D'autre part, d'après Chwostek, 27 fois sur 30, les règles provoqueraient une augmentation de volume du foie, et dans 30 % des cas, cette augmentation serait douloureuse (Debaïloff).

2° *A l'autre pôle de la vie génitale*, nous savons que la ménopause peut aussi s'accompagner couramment de dyspepsie post-prandiale et de colite, l'une et l'autre en relation avec le bouleversement neuro-endocrinien ; aussi nous paraît-il inutile d'insister sur les modifications de l'appétit et de l'exonération intestinale, autant de choses suffisamment connues.

3° *Dans le cours de la vie génitale*, les troubles fonctionnels sont souvent associés à des troubles fonctionnels gastro-intestinaux, si bien qu'on pourrait parler de synergie fonctionnelle. C'est ainsi que l'ovulation s'accompagne parfois de constipation. Loeper cite le cas d'une jeune fille qui éprouvait, très exactement 14 jours avant les règles, une crise de constipation incoercible avec céphalée et nervosisme.

L'aménorrhée est souvent liée à des troubles gastro-intestinaux ; tantôt un trouble gastrique (Hoden et Singleton guérirent l'aménorrhée des anémiques par l'HCL officinal), tantôt un trouble colitique pour lequel le traitement de la colite a suffi à ramener des règles disparues. Enfin l'aménorrhée par hypersympathicotonie peut s'associer à divers syndromes gastro-intestinaux.

La dysménorrhée, la rétroversion se trouvent souvent coexister avec des symptômes digestifs.

Inversement, il ne faut pas oublier que les infections génitales (métrites, salpingites) peuvent occasionner de la dyspepsie, de l'épigastralgie, des spasmes pyloriques dont la thérapeutique digestive ne peut venir à bout, et que guérira un traitement gynécologique judicieux. En outre, des troubles colitiques se voient consécutivement aux infections génitales.

Fibromes et salpingites subissent aussi parfois l'action de l'appareil folliculaire, sous forme de colites exaspérées par la menstruation, et qui se trouvent améliorées par l'opothérapie appropriée (folliculine, progestérone, testostérone) suivant les cas (Chiray).

L'ovarite scléro-kystique peut également provoquer un trouble gastro-intestinal. C'est ainsi que La Gravinèse a relaté un cas d'hématémèse sans ulcère qu'il a pu attribuer à une ovarite scléro-kystique, assimilable, dit-il, aux hématémèses réflexes des appendicites chroniques et des cholécystites. Dans plus de cent cas, il aurait observé des répercussions digestives (spasmes pyloriques ou coliques, hoquets) dont il s'est rendu maître par la résection du nerf présacré ou par l'isophénolisation de l'ovaire.

Si de telles corrélations sont fréquentes avec l'ovarite scléro-kystique, et rares par contre dans les kystes ovariens, cela indique l'essence même de cette ovarite micro-kystique, avec « ses maturations tumultueuses et ses phases alternatives d'insuffisance et de suractivité fonctionnelle » (H. Ramon).

Les rapports mutuels des hormones sexuelles et des ulcères gastro-duodénaux sont, comme on le voit par le cas de La Gravinèse, démontrés par l'action de la thérapeutique qui constitue ainsi un traitement-test. Ce fut Korbsch qui, en 1937, préconisa le premier la folliculine dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux. L'année suivante, c'est en partant de la constatation plus fréquente de l'ulcère gastrique chez l'homme que chez la femme que Csepai obtint 47 bons résultats sur 51 traités par le benzoate d'œstradiol. En Algérie, Costantini et Lacroix, frappés de la même discordance entre les hommes et les femmes (98 ulcéreux pour 2 ulcéreuses) concluaient aussi à l'intervention primordiale d'un facteur endocrinien dans la pathogénie. C'est pourquoi ils s'efforcèrent de « bouleverser le comportement hormono-humoral d'un organisme masculin » par l'apport massif de la substance antagoniste de l'hormone mâle, et injectèrent à des hommes 50.000 unités de folliculine tous les trois jours pendant trois mois, et ils obtinrent ainsi « un beau succès ». Boggian a agi de même chez 15 malades ulcéreux gastriques ou duodénaux et a obtenu 10 guérisons, qu'il attribue à de prétendues « propriétés cicatrisantes » de la folliculine. Enfin, sur 32 femmes ulcéreuses, 46 % ont observé l'aggravation de leur ulcère pendant et après la ménopause (Sanderin et Saltzein). D'après Margaret Fockin, il y aurait une action cicatrisante de transfusion du sang féminin sur les processus gastriques ulcéreux. D'après elle, tout concorderait pour faire admettre que la folliculine exerce sur la muqueuse stomacale une action comparable à celle qu'elle possède sur la muqueuse utérine. Enfin, pour Chiray, les troubles ovariens ne sont pas fréquents, mais *constants* au cours des colites spasmodiques (règles douloureuses, irrégulières ou trop courtes) traduisant soit une hyperfolliculinémie, soit une insuffisance vraie, soit un trouble de la sécrétion lutéinique.

En dehors des anomalies des sécrétions hormonales, très souvent responsables des désordres fonctionnels viscéraux les plus divers, l'ovaire peut subir l'action des affections intestinales. Situé en effet à proximité de l'appendice et du sigmoïde, l'ovaire participera forcément aux inflammations de ces deux segments digestifs. Ainsi s'explique que une typhlocolite, une appendicite chronique, une colite spasmodique, s'accompagnent souvent d'aménorrhée ou de dysménorrhée, sous forme de règles plus ou moins douloureuses. Dans le même ordre d'idées, les retards de menstruation, ses irrégularités, son évolution douloureuse parfois accompagnée d'anxiété ou de tachycardie, de tendance à l'obésité chez une jeune fille mal réglée, devront toujours faire penser à une atteinte colitique droite (Chiray). L'ablation de l'appendice ou un traitement anticolitique, par une cure soit médicale, soit thermale, entraîneront, en effet, généralement une modification favorable de tels troubles. Par la suite, le traitement endocrinien pourra arriver à les supprimer totalement quand on aura fait disparaître l'inflammation du gros intestin. Il faut voir là un *traitement-test*, prouvant l'interréaction ovaro-digestive.

Inversement, les répercussions intestinales sur la fonction ovarienne peuvent prendre bien des formes. C'est ainsi que les troubles de la ménopause sont souvent exagérés chez les colitiques, s'accompagnant de crises d'angoisse, de neurasthénie, de névralgies, de myalgies, qui trouveront une amélioration appréciable par la cure médicale ou thermale appropriée de la colopathie.

Dans les mêmes conditions, on a observé des cas de stérilité. Souvent enfin, chez ces colitiques, l'atteinte de la glande thyroïde va de pair avec celle de l'ovaire et l'on voit alors que « le syndrome d'insuffisance thyro-ovarienne est particulièrement banal, tant à la période de la formation qu'à celle de la ménopause, il relève alors de la double médication intestinale et bi-endocrinienne » (Chiray, Mollard et Maschas).

Ce n'est pas, selon ces derniers auteurs, parce qu'une femme a un intestin sensible qu'elle doit souffrir de troubles ovaro-thyroïdiens ; dans la grande majorité des cas, c'est au contraire parce qu'elle a des troubles thyroïdiens ou menstruels qu'elle souffre de colite spasmodique, d'hémorragies intestinales ou menstruelles, qu'elle souffre de colite spasmodiques, d'hémorragies intestinales à rechutes, de spasmes de la vésicule biliaire. Ce qui le prouve, c'est que la correction d'une perturbation hormonale modifiera le plus souvent et très vite l'évolution dans un sens favorable de ces syndromes digestifs fonctionnels par l'effet du traitement approprié.

On est ainsi autorisé à en déduire que l'apparition d'un syndrome digestif au moment de la puberté, d'une grossesse ou de la ménopause, de même que son aggravation après ovariectomie bilatérale constituent autant d'arguments qui consolident la théorie de la nature hormono-sexuelle du déséquilibre endocrinien à identifier (Chiray, Mollard et Maschas).

De cet équilibre normal, résultat des relations entre les hormones, si nous ne pouvons encore en évaluer les termes précis, nous savons par contre, grâce à la substance antagoniste, neutraliser les troubles qui résultent d'une viciation de la sécrétion opposée. Désormais nous serons donc armés pour lutter contre les troubles endocriniens classiques, mais aussi contre les troubles viscéraux digestifs ou autres, en dépit de ce que pensent les cliniciens uniquement occupés de la pathologie locale des organes. On a vu, en effet, par l'expérience que ces armes se sont avérées supérieures aux médications habituelles de nos formulaires. Ce traitement-test a également l'avantage « de projeter des lumières vives sur des mécanismes pathogéniques obscurs » (Chiray). Toutefois, il ne faudrait pas tomber d'un excès dans l'autre en abandonnant les traitements classiques et éprouvés. On continuera donc à donner du bismuth aux ulcéreux et de la belladone aux colitiques, on maintiendra les régimes, et enfin la chirurgie pourra venir à son heure dans certains cas judicieusement étudiés. L'endocrinothérapie n'a, en effet, d'autre ambition que de contribuer au traitement par *modification du terrain*, pour rétablir un équilibre rompu par dysfonctionnement ovarien. Cette question de modification de terrain est de première importance, aux yeux de Chiray, qui se refuse à croire à l'action pharmacodynamique des hormones, parce qu'il pense que « ces substances n'agissent qu'à la condition de corriger un déséquilibre endocrinien ».

L'hormone mâle (testostérone) neutralisant l'action de la folliculine va se trouver, à ce titre, indiqué dans le traitement des troubles d'hyperfolliculinémie. Ce syndrome s'exprime habituellement par des malaises génitaux et viscéraux pendant les dix jours précédant les règles, lesquels s'atténuent immédiatement dès les deux premiers jours de l'écoulement. Toutefois, il faut savoir qu'il est des hyperfolliculinémiques qui ne souffrent pas et qui n'accusent qu'une hyperménorrhée ou même une aménorrhée. On voit donc la difficulté de séparer l'hypofolliculinémie de l'insuffisance ovarienne, attendu que leurs aspects cliniques peuvent se confondre. Il faudra donc dans ce cas s'attaquer d'abord au symptôme le moins susceptible d'erreur. Si le trouble digestif apparaît, s'il s'exaspère au moment des règles, on devra essayer d'abord la testostérone, qu'on remplacera par la folliculine si on n'observe pas d'amélioration. La testostérone s'administrera trois fois par semaine, à la dose de 10 milligr. Chez la femme très jeune, soit à la puberté, soit dans les immédiates années suivantes, il y aura intérêt à utiliser les injections de lutéine, moins brutales que celles de testostérone à cet âge.

Si l'indication thérapeutique est bien choisie, les résultats seront généralement rapides.

L'indication de la folliculine est le syndrome d'hypofolliculinémie. Son administration se fera par injection (benzoate

d'œstradiol) ou par la voie buccale (œstrone en solution huileuse). La voie parentérale est assurément la meilleure, et il faudrait abandonner la voie buccale, si l'on n'avait à sa disposition un produit plus actif que le benzoate d'œstradiol, et plus efficace que l'œstrone, c'est-à-dire le *diéthyl-stillbœstrol*. Celui-ci se présente en comprimés de 1 et 5 milligr. qu'on prescrira matin et soir pendant un délai variable, suivant effet produit dans chaque cas.

Chez les hyperfolliculiniques, la lutéine antagoniste exercera une action apaisante par l'emploi de 3 à 5 injections de 5 milligr. échelonnées dans la deuxième moitié du cycle menstruel.

Enfin, chez des malades souffrant d'un syndrome digestif en relation réactionnelle des troubles hormono-sexuels que les hormones sexuelles n'arrivent pas à soulager (aménorrhée, règles trop longues, en avance, douloureuses, produisant ces « tyrannies cataméniales pouvant être mortelles » (Sabourin), on se trouvera bien de la *cortine* qui est capable de modifier indirectement le terrain. Le laboratoire a en effet établi ces corrélations surréno-sexuelles.

Dès lors la *désoxycorticostérone* de Reichstein, « qui offre sur les autres produits extractifs le double avantage d'être facilement reproduite par synthèse et d'être physiologiquement plus « efficace » (Chiray), sera employée en ampoules de 2, 5, 10 milligr. de propionate et d'acétate, à la dose de 5 milligr. trois fois par semaine avec période de repos après 50 à 70 milligr. Certains même (Giraud, Decourt, Lemaire et Guillaumin) associent à ce produit de synthèse l'acide ascorbique, administré par injection intraveineuse de 150 à 300 milligr. par jour. Plus récemment Thorn, Engel et L. Léger ont proposé l'implantation de tablettes de désoxycorticostérone cristallisée jusqu'à concurrence de 100 à 200 milligr. dans le but de constituer une réserve lente à éliminer et capable de rétablir l'équilibre endocrinien pendant 10 à 12 mois (implantation sous-cutanée).

Enfin la chirurgie aura-t-elle quelque jour sa place dans le traitement de ces interdépendances réactionnelles si l'on parvient à réaliser la paralysie fonctionnelle du sinus carotidien, comme moyen d'exaltation rapide de l'activité sécrétoire corticosurrénalienne. Cette intervention efficace dans les insuffisances surrénales pourrait aussi s'appliquer au dysfonctionnement qui nous occupe. On peut réaliser cette énervation « anodine sous le couvert de certaines précautions » dit Léger, soit faire une infiltration novocaïnique des deux sinus, opération d'exécution simple et ne comportant presque pas de risques. Chiray, Mollard et Maschas souhaitent de voir cette nouvelle application de la chirurgie endocrinienne substituée à la « répétition indéfinie d'injections intramusculaires d'hormone » (Leriche).

Mais comme l'action hormonale est souvent temporaire et limitée à la période d'injection des hormones, la physiothérapie endocrinienne, judicieusement distribuée dans les périodes des mois menstruels, peut donner, au dire de Gleize-Rambal, des résultats supérieurs en durée à ceux qu'on obtient par le traitement hormonal.

Ici la diathermie appliquée avec électrode abdominale et dorsale, avec ou sans électrode vaginale, donnera tout profit dans les cas où la période prémenstruelle s'accuse par les troubles les plus pénibles.

Dans le cas de règles très abondantes qui accompagnent souvent l'hyperfolliculinisme, la radiothérapie à faible dose a amené immédiatement la sédation et la réduction du flux menstruel. En même temps se sont atténuées les manifestations morbides de la sphère digestive (poussées de cholécystite, subictère et troubles digestifs divers). C'est pourquoi, selon Gleize-Rambal qui a spécialement étudié cette question, si le syndrome endocrinien ne répond pas favorablement aux prescriptions classiques, la physiothérapie endocrinienne est indiquée, car elle est capable d'amener rapidement des soulagements et des guérisons par « un redressement véritablement physiologique de la fonction glandulaire ».

De tout ce qui précède nous voyons que certaines affections intestinales et hépatiques sont en relation, constatée expérimentalement et cliniquement, avec un déséquilibre hormonal sexuel. Les relations gastro-hépato-ovariennes se font dans les deux sens : 1° l'ovaire dysfonctionnel, surtout dans les états hyperfolliculiniques, crée des troubles gastro-hépato-vésiculaires aux moments critiques de la vie génitale; 2° inversement, l'influence hépato-gastrique est manifeste sur la fonction ovarienne (aménorrhée, dysménorrhée, troubles ovulaires, stérilité) par trouble du dysfonctionnement hépatique ou gastro-colique et d'après Huet et Guy Godlewski justiciable d'une cure thermale de stimulation et drainage du foie.

Par l'effet de ce déséquilibre hormonal, « l'organisme est placé à certains moments, dans des conditions d'anergie, grâce auxquelles, deviennent évolutives certaines affections telles que diabète, tuberculose, affections vésiculaires » (Chiray).

C'est donc bien le cas, en terminant, de rappeler ce que disait Cruveilhier que « la vie ne reconnaît ni rapports de contiguïté ni de continuité, elle associe les organes les plus éloignés, comme elle sépare les plus rapprochés ».

***

A consulter : GUTMANN. *Syndromes de la région épigastrique*, tome I, 3e édition, G. Doin, édit. — VIGNES. *Physiologie gynécologique* (1929). — LOEPER, LEMAITRE et TAUZIN. Soc. de biol., 1934. — LOEPER et BINET. La sympathie cholécysto-ovarienne (*Progrès Médical*, 1939). — JAHIEL. Les étapes génitales de la lithiase biliaire (*Presse Médicale*, 1936). — TSUTSULOPULOS (*Arch. f. gynoek*, avril 1939). — VIGNES. Les troubles de la ménopause (*Presse Méd.* 1933). — LOEPER. *Aux confins de la médecine* 1 vol. 1940. — LOEPER et FAU. Dyspepsie et ovaire (*Progrès Médical*, avril 1939). — LERICHE et JUNG. Essais de traitement chirurgical des insuffisances glandulaires (*Presse Méd.* 19 mai 1936). — CHIRAY, MOLLARD et MASCHAS. *Syndromes digestifs et pathologie hormonale*, 1 vol., Maloine, édit. 1944; Endocrinoses et poussées endocriniennes (*Presse Méd.*, 1941). — CHIRAY, MARCHAS, MOLLARD et BAUMANN (*Presse Méd.*, nov. 1940). — CHIRAY, MARCHAS et MOLLARD (*Arch. des Mal. de l'App. dig.*, mai-juin 1944, *Gaz. Méd. de France*, sept. 1941, *Presse Méd.*, 1941 et *Soc. Méd. des Hôp.*, nov. 1941, *Presse Méd.*, 1943, *Arch. des Mal. de l'App. dig.*, fév. 1943, Acad. de Méd., 1943). — COLLIN. *Les Hormones*, 1 vol., A. Michel, édit., 1939). — Hélène RAMON. *Thèse de Paris*, 1944. Interactions et associations morbides de l'app. génit. et de l'app. dig. — DE BRUX (Toulouse). Les troubles endocriniens de la ménopause (*Revue Générale* in *Gaz. des Hôp.*, juin 1941). — GLEIZE-RAMBAL (Marseille). Possibilités de la physiothérapie endocrinienne en pathologie digestive (*Sud Médical*, 31 juillet 1946). — HUET et Guy GODLEWSKI. Les manifestations cliniques du syndrome hépato-ovarien (*Soc. Méd. des Hôp. libres*, 3 oct. 1946). — Carl GESSLER. Emploi des hormones de l'ovaire dans le traitement des syndromes digestifs (*Acta gastro-enterologica Belgica*, octobre 1946.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

13 novembre. — M. HERZ Adolphe. — Essai sur la physiopathologie du thymus.
M. LUGAGNE. — Hygiène de l'habitation.
M. ZYNGERMAN. — Traitement de l'appendicite aiguë chez la femme enceinte.
M. TOULORGE. — La césarienne conservatrice au cours de l'infection amniotique.
M. PALEY. — Sécrétion trachéo-bronchique et sa pathologie.
M. GUICHOUX. — Considérations générales sur les tumeurs primitives de l'oreillette droite.
M. CHAPPUIS. — Traitement des phlegmons du ligament large et emploi de la pénicilline.

14 novembre. — M. KONIGSBERG. — Quelques particularités sur les formes douloureuses de la syringomyélie.
M. LEULIER. — Problème médico-social des délinquants majeurs mentalement anormaux.
M. VASSE. — Etude de la calcinose.
M. SEGAL. — Syndromes par insuffisance alimentaire.
Mme PERTUSIER. — Avenir immédiat des nouveau-nés de poids insuffisant à la clinique Tarnier.

20 novembre. — M. HALMA-GRAND. — Myéloses agranulocytaires par Stovarsol.
M. HAZIN. — Angor syncopal à répétition.
Mme THELU. — Leucose aiguë chez l'enfant.
M. CABANEL. — Rôle des glandes génitales dans le diabète.
M. GUGELOT. — Hémoptysies cliniquement inexpliquées.
M. CLAVAL. — Intoxication par le sulfure de carbone.
M. BOUCHARA. — Mortalité infantile à la Maternité Tenon en 1945.
M. BOUILLON. — Un cas d'ostéopathie de carence.
M. CHASLES. — Sympathectomies dorsales.
M. BOURNEUF. — Primo-infection tuberculeuse latente.
M. DESCLOZEAUX. — Emphysème bulleux.
M. CARBONNEL. — Méningite à colibacilles du nourrisson.
M. VILLARD. — Traitement des fractures.
M. MOSNIER. — Diabète insipide et grossesse.
M. CURTAY. — Accidents mortels de l'arsénothérapie.
M. BOKSER. — Chancres syphilitiques multiples.
M. KAHANE. — La pénicilline en O. R. L.
M. COULOUMY. — 110 observations d'accouchements gémellaires.

ACTUALITÉS

Les méfaits de la cellulose

La nécessité d'une juste proportion entre les aliments principaux de la ration, surabondamment démontrée par les circonstances que nous traversons, n'est pas moins impérieuse pour les aliments accessoires ; les « virements » de calories essayés dans ce domaine sous la pression des circonstances et des ukases bureaucratiques se sont montrés inopérants ou nuisibles.

La mode médicale et diététique des légumes décortiqués ayant passé, les tubes digestifs avaient paru s'accommoder aussi bien des légumes entiers que de leurs seules farines et les offensives des pains complets, couronnées seulement de succès partiels, marquaient ensemble une réhabilitation de la cellulose.

En 1940, la voracité du conquérant et peut-être des arrière-pensées ténébreuses, lui firent prêcher au vaincu le végétarisme régénérateur. La France, uniquement agricole, allait trouver sur son sol de quoi composer des jardinières hygiéniques tandis que le conquérant condescendait à la débarrasser du rôti. La science n'avait-elle pas prouvé que viande et graisses étaient des poisons dont on abusait aux temps de la facilité. La cellulose au contraire, dépourvue de toxicité fournirait toutes les calories nécessaires et la flore intestinale, le coli en particulier, disparaîtrait ou cesserait de nuire. Désintoxication et renaissance française s'opéreraient en « collaboration loyale ».

Les méfaits de ce naturisme imposé se sont peu à peu révélés, cependant le « cellulosisme » officiel ou non s'éternise ; il n'est donc pas trop tard pour insister sur sa nocivité que n'atténue pas la parcimonie des régimes officiels.

Une étude récente de Gaehlinger (1) de Châtel-Guyon) s'accorde ici avec des travaux plus anciens (2) que leur auteur paya d'une villégiature forcée mais dont il confirma les conclusions dans un livre récent (3).

Il convient d'abord de mettre à part les celluloses qui, de par leur origine ou du fait de leur consistance sont rebelles à toute digestion. Pour l'homme, tout au moins, la pointe de papier buvard qui ajoute tant de valeur nutritive à la ration d'un cobaye d'expérience n'est jamais un aliment au sens courant et prosaïque. Les celluloses de légumes elles-mêmes ont une valeur nutritive inégale mais toujours faible; les quantités considérables que doivent ingérer les herbivores pour leur subsistance le prouvent assez.

Quant à l'homme il arrive à se passer entièrement de cellulose sans en pâtir ; il est un omnivore que sa dentition et son intestin rapprochent plus du carnivore que de l'herbivore et les Esquimaux, par exemple, à l'état de nature ignorent la gastronomie cellulosique.

Avec leurs insuffisances, les celluloses alimentaires ne sont pourtant pas sans utilité ; elles augmentent le volume du bol fécal en transit, stimulent le péristaltisme et rendent plus efficace la poussée de l'intestin sur son contenu. C'est donc un lest qui s'oppose à la stase et dont l'insuffisance avait été à bon droit signalée par N. Fiessinger comme la cause de certaines constipations. A vrai dire, certains microbes intestinaux transforment bien une faible partie de la cellulose en glucose mais cette transformation, malaisée, n'est qu'un faible appoint nutritif.

Enfin il faut avouer avec les apologistes du végétarisme que les enveloppes de certains aliments véhiculent des vitamines indispensables qui disparaissent avec elle. Ces faits, surtout vrais pour une alimentation normale, perdent de leur importance lorsque la cellulose est en excès.

Il est des méfaits évidents de l'abus cellulosique : le volume excessifs des selles provoque des évacuations plus fréquentes ; l'irritation de la muqueuse perpétuellement brossée par l'étoupe cellulosique se traduit par de la diarrhée. Enfin l'intestin surmené en arrive à perdre son excitabilité qui fait place à l'inertie. C'est ainsi qu'est née en ces derniers temps une nouvelle variété d'obstruction intestinale par bouchon de substances inertes, en général végétales, pseudo-alimentaires parfois gloutonnement ingérées pour tromper la faim.

L'hypersécrétion intestinale réactionnelle cause une déperdition albumineuse parfois importante, correspondant pour Goiffon à l'apport qui résulterait de 60 à 80 grammes de viande.

La valeur nutritive du pain ne s'accroît d'ailleurs pas à la proportion de l'imperfection du blutage et de l'excès cellulosique comme on l'a prétendu. Le pouvoir absorbant de la cellulose ne se dément pas. Outre que plus hydratés que le bon pain, les pains complets — ou complétés — sont indigestes ; il n'est pas exact que 90 kg. de pain bluté à 90 % apportent plus d'éléments assimilables et de valeur énergétique que 75 kg. de farine blutée à 75 %. Le pouvoir absorbant de la cellulose a, en effet, un résultat néfaste en soustrayant à l'absorption intestinale une part importante des matières nutritives et en la dérivant vers les fèces, en sorte qu'une ration théoriquement suffisante peut, par la présence de la cellulose, devenir insuffisante en réalité. L'excès de légumes dans un régime de restrictions exagère l'amaigrissement ; les gros mangeurs d'un pain de restriction — ou de « soudure » — maigrissent à proportion de leur ingestion de pain. Les troubles dyspeptiques dus au mauvais pain sont banaux mais viennent corser le tableau.

On aurait pu penser que des substances d'une « atoxicité » tant prônée y auraient trouvé de quoi compenser ces défauts. Les cellules hépatiques des forts mangeurs et des grands buveurs ont, en effet, bénéficié des restrictions. Là s'arrêtent les bienfaits du système ; les autres foies malades n'y ont rien gagné. Les foies insuffisants, surtout héréditaires, sont plus nombreux et plus atteints ; en pays viticole les cirrhoses se sont aggravées à proportion de l'amaigrissement. Des cellules hépatiques fragiles sont donc devenues plus fragiles encore.

Les glucides qui sont des stimulants de l'activité du foie voient aussi leur absorption entravée par l'excès de cellulose. Infections et intoxications trouvent donc une cellule hépatique plus susceptible. Chez ces sujets l'hypoglycémie, de même que l'hypocholestérinémie, signe pour Chabrol et ses élèves d'insuffisance hépatique, sont habituelles. Les protides alimentaires qui ont aussi une action protectrice de la fonction hépatique étant diminués sont moins agissants. Les typhlocholécystites, d'origine intestinale, complication habituelle des colites droites, sont plus fréquentes avec le végétarisme de restriction et l'irritation intestinale par la cellulose ne justifie pas les préjugés favorables à une alimentation exclusivement végétale. Le volume des exonérations n'est pas inconciliable avec la stase cæcale ni avec les fermentations dont les produits sont hautement toxiques. D'autre part, les sécrétions de l'intestin sont un milieu d'élection pour les germes de putréfaction, en sorte que l'excès de cellulose « atoxique » réalise un cumul d'intoxications en même temps qu'il sape les défenses.

Accessoirement, du fait des crudités mal lavées, les parasitoses diverses sont favorisées.

Il n'est pas enfin jusqu'à l'équilibre humoral des sels minéraux qui ne soit troublé. Pauvreté calcique et richesse potassique, constantes ajoutées à la faiblesse des apports calciques par manque de lait et à la dérivation du calcium ingéré causent une hypocalcémie favorisant une spasmophilie locale, du météorisme avec résorption de gaz toxiques, gêne de la circulation abdominale avec à l'occasion des ptoses et même des hernies.

Tel est le piteux bilan d'une politique alimentaire qui a trop longtemps duré. Le passif est suffisant pour amener à bousculer des inerties qu'on voudrait toujours causées par la seule ignorance. L'homme demeure un omnivore malgré tous les dirigismes alimentaires. La tradition a dès longtemps prouvé sa valeur pratique et ne doit pas être prise pour de la routine. On ne doit pas confondre plus longtemps un régime avec l'alimentation normale. Il convient de laisser la cellulose aux herbivores qui peuvent en tirer parti et les théories pseudo-scientifiques aux esprits faux pour vivre de bonne viande et non de beau langage.

R. Levent.

(1) *Revue Médicale de France*, juillet-août 1946.
(2) Ch. Richet. *Paris-Médical*, 30 janvier 1946.
(3) Ch. Richet et G. Marañon. *Alimentation, aliments et régimes*, Paris, 1946.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 20 JANVIER 1947

Rigidité de décérébration. — M. LAPICQUE présente une note de M. Minz et de Mlle Catherine Veil sur une intervention humorale dans le phénomène de rigidité de décérébration.

Bureau pour 1947. — Président : M. Blaringhem ; vice-président : M. Henri Villat ; secrétaires perpétuels : MM. Alfred Lacroix et Louis de Broglie.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 14 janvier 1947

Notice nécrologique sur M. d'Œlsnitz. — M. ROUSSY.

Rapport au nom de la Commission des actes médicaux. — M. LE LORIER.

Le rôle des acides nucléiques dans la constitution et dans la vie de la cellule bactérienne. — MM. BOIVIN, VENDRELY et TULASNE. — L'acide désoxyribonucléique (3 à 4 % du poids sec des germes) se trouve localisé dans le noyau bactérien. Le phénomène des mutations « dirigées » chez les bactéries oblige à admettre l'existence de nombreux acides désoxyribonucléiques différents et à faire d'eux les constituants spécifiques des gènes.

L'acide ribonucléique (5 à 10 % du poids sec) se localise dans le cytoplasme bactérien, en quantité variable selon l'état physiologique des germes. Il existerait aussi de nombreux acides ribonucléiques différents intervenant pour déterminer l'équipement enzymatique des microbes (adaptation enzymatique).

Dans la cellule (bactérienne ou autre) les deux types d'acide nucléiques jouent ainsi un rôle capital dans le déterminisme des caractères tant héréditaires qu'acquis.

La nouvelle organisation internationale de la Santé. — MM. CAVAILLON et LECLAINCHE. (Présentation faite par M. TANON).

Scorpions et sérum antiscorpionique. — M. Edmond SERGENT (d'Alger). (Présentation faite par M. Pasteur VALLERY-RADOT). — Dix ans d'application de ce sérum ont permis d'en mesurer l'efficacité. Sur 531 malades, uniquement cas graves (et mettant à coup sûr la vie en danger dans 134 cas) 472 ont été guéris, soit 89 %.

Origine lactée de l'immunité antitoxique chez le poulain issu de juments immunisées. — MM. LE METAYER NICOL, GIRARD et CORVAZIER. (Présentation faite par M. TREFOUËL). — L'immunité antitoxique se transmet au poulain par voie placentaire, mais à la condition que le taux d'antitoxine spécifique sérique de la mère dépasse un certain taux.

Après la naissance c'est le colostrum qui transmet au jeune la plus grande partie de cette immunité.

L'immunité persistant ensuite, ce n'est sans doute pas le seul colostrum mais le lait qui la transmet, mais à condition aussi que le taux antitoxique du sérum soit suffisant chez la mère. Dans le lait la teneur en antitoxine est toujours très faible, mais le poulain ingérant 7 à 8 litres de lait en 24 heures, il y a malgré tout transmission d'antitoxine appréciable.

Lorsqu'on administre à la mère de l'anatoxine tétanique pendant l'allaitement, le pouvoir antitoxique apparaît ou augmente dans le sérum ; le pouvoir antitoxique apparaît ensuite dans le lait ; lorsqu'il y atteint environ une unité, le pouvoir antitoxique commence d'apparaître dans le sérum du poulain.

L'immunité antitoxique passive du poulain a une longue durée qui s'explique par sa valeur initiale dans les premiers jours de la vie et par l'apport répété d'antitoxine absorbée avec le lait

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 15 JANVIER 1947

A propos de la gastrectomie totale. — M. LORTAT-JACOB présente une note concernant la technique présentée par M. Lefebvre qu'il estime représenter un gros perfectionnement.

Pneumectomie totale droite avec ligature isolée des éléments du pédicule guérie depuis près de deux ans et demi. — M. LAUMONIER. — M. Maurer rapporte cette observation dans laquelle il s'agissait d'un malade atteint de suppuration pulmonaire. Une fistule bronchique étant apparue, l'auteur a fait rapidement une thoracoplastie secondaire qui en a amené la guérison rapidement.

Séminome tordu de l'ovaire ; intervention d'urgence. — M. MOREL-FATIO. — M. Sénèque, rapporteur.

Spasme iléal et oxyurose. — M. PÉROU. — M. Sénèque, rapporteur.

Anémie grave par tumeur villeuse mediogastrique en voie de dégénérescence maligne. — M. JOYEUX. — M. Sénèque, rapporteur, estime qu'il aurait été préférable de faire une gastrectomie typique au lieu d'une résection partielle de l'estomac.

A propos des plaies viscérales de l'abdomen en chirurgie de guerre. Brûlures de l'intestin. — M. CURTILLET. — M. Moulonguet, lecteur, discute le mécanisme des brûlures de l'intestin.

Tératome présacré (neurenténome) chez un nourrisson de 16 mois. Intervention, Résultats après 3 ans. — MM. POINSO et SALMON.

Invagination intestinale chez un nourrisson. Gangrène du boudin. Drainage du grêle par l'appendice. Iléostomie transappendiculo-cœco-valvulaire. Guérison. — M. SALMON.

Les injections intra-artérielles dans les infections des membres. — MM. COURRIADÈS et RIGAUD. — M. Longuet, rapporteur.

La parotidectomie totale dans les tumeurs mixtes. — MM. COURIADÈS et RIGAUD. — M. Longuet, rapporteur.

Elections. — M. Chabrut est élu membre associé parisien de l'Académie.

La séance solennelle annuelle de l'Académie de Chirurgie sera tenue le mercredi 29 janvier 1947, à 16 heures, dans la *salle du Conseil de la Faculté de Médecine*. Après le discours du président et l'exposé des travaux par le secrétaire annuel, le secrétaire général, M. Leveuf, prononcera l'éloge de M. Félix Legueu.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1946

Anémie grave fébrile, avec aspect de leucose aiguë traitée par la pénicilline associée à des transfusions répétées. Guérison apparente depuis quatorze mois. — MM. DECOURT, ANDRÉ et GUILLEMIN rapportent en détail cette observation. Ils avaient porté au début le diagnostic de leucose aiguë que confirmaient différents hématologistes, ils hésitent à maintenir actuellement ce diagnostic, aucun cas de guérison de leucose aiguë par la pénicilline n'ayant encore été observé.

M. P. Emile-Weil pense que le diagnostic de leucose aiguë est peu probable à cause des quatorze mois de survie.

MM. Tzanck et Lamy sont d'avis que l'examen hématologique imposaient le diagnostic de leucose aiguë. Il faut encore craindre une rechute possible malgré cette guérison apparente.

Une pseudo - hémoglobinurie paroxystique d'origine obscure. — M. P. CHEVALLIER.

Aspect leucémique du sang et de la moelle osseuse dans un cancer du rectum. — M. P. CHEVALLIER.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1946

Le traitement de l'asthme par les aérosols. — MM. HAMBURGER, MILLIN et Bernard HALPERN. — Dans la séance du 29 novembre 1946 (Cf. *Gaz. Hôp.*, n° 2, 1947, p. 26), MM. Jacquelin, Turiaf et Bourel avaient montré l'action de la théophylline sur l'asthme. Au cours de la discussion qui suivit, M. Hamburger avait insisté sur l'avantage des aérosols pour l'administration de la théophylline. M. Hamburger et ses collaborateurs établissent maintenant des bases physiologiques précises pour l'utilisation des aérosols dans le traitement de l'ashme.

Ils marquent leur préférence pour la théophylline. Dans certains cas ils ont recours à l'atropine, aux antihistaminiques de synthèse et à la pénicilline. Enfin ils recommandent l'usage des associations médicamenteuses, notamment celle de théophylline

à une faible dose d'un sympatomimétique. Comme l'éphédrine ou l'iso-propyl-adrénaline.

Note préliminaire sur une nouvelle série chimique de corps doués d'une activité antihistaminique et antiallergique puissante : les dérivés de la thiodiphénylamine. — MM. Halpern, Hamburger et Debray.

Le traitement de l'anémie benzolique par la cystine. — MM. Pollet et Gautier.

Accidents de la vitaminothérapie D_2. — MM. Pasteur-Vallery-Radot, Milliez et Ryckewaert apportent trois observations de troubles déterminés par la vitamine D_2 chez l'adulte. On connaît depuis quelques années les accidents, le plus souvent bénins et rétrocédants que peuvent causer de trop fortes doses de vitamine D_2. Ces accidents consistent en troubles du métabolisme de l'eau (polyurie avec polydipsie) en manifestations d'insuffisance rénale, en manifestations digestives, nerveuses, cardio-vasculaires. Ils sont sous la dépendance de troubles du métabolisme phosphocalcique : hypercalcémie, hypercalciurie, hyperphosphorémie. M. Pasteur Vallery-Radot conseille la prudence dans le maniement des fortes doses de calciférol.

MM. Lamy et Milliez apportent des faits confirmant l'opinion de M. P. Vallery-Radot.

M. Gilbert Dreyfus fait remarquer qu'à Saint-Louis, où l'on donne aux lupiques des doses considérables de vitamines D_2, on n'observe pas d'accidents.

En revanche, on en observe chez les pleurétiques.

—

Rappelons que cette question a fait l'objet d'une importante discussion le 9 juillet 1946 à la Société de Pédiatrie, à la suite d'une communication de M. Debré (voir *Gaz hôp.*, n° 16, 15 août 1946, p. 350).

Séance du 20 décembre 1946

Rapport annuel. — M. J. Huber, secrétaire général, donne lecture du rapport annuel, et il rappelle la mémoire des disparus : Noël Fiessinger, M. Brûlé, P. Le Noir, H. Claude, M. Villaret, H. Roger et P. Salles, décédés en 1946.

Election du Bureau. — M. Ameuille devient président. M. Maurice Renaud est élu vice-président. La Société se sépare jusqu'au 10 janvier 1947.

ANALYSES

Une épidémie de typhoïde d'origine laitière, à Lyon. — J.-P. Robin, P. Violet et H. Brunel. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 646, 5 décembre 1946, p. 833-835.

Les auteurs ont réuni 24 cas de fièvre typhoïde, survenus à Lyon dans le 6e arrondissement au cours du mois de juillet 1946. Tous ces malades s'étaient ravitaillés en lait chez des détaillants qui distribuaient les laitages provenant de la même centrale de pasteurisation.

Le lait évidemment mal pasteurisé ou pollué après la pasteurisation n'aurait pas dû être livré à la consommation.

Sur les 24 malades, 5 seulement avaient fait usage de lait non bouilli; par contre, 17 avaient mangé du fromage blanc.

Il apparaît donc que c'est le fromage blanc qui fut le principal facteur de contagion.

Les auteurs concluent :

« Consommer du fromage blanc ainsi fabriqué, c'est courir le risque de contracter une fièvre typhoïde. Il importe que les laits profondément altérés soient interdits à toute consommation humaine sous cette forme ; leur utilisation sous forme de fromages fermentés serait moins dangereuse. »

L. S.

A propos du traitement des œdèmes de carence. — Michel-J. Demole. *Therapeutische Umschau* (Berne), janvier 1945.

Certains œdèmes de carence par défaut de B, déjà observés pendant la première guerre mondiale, l'ont été, et plus fréquemment, pendant la deuxième. A l'opposé des œdèmes de carence d'autre origine, ils s'accompagnent de polyurie et de tachycardie. Ils apparaissent surtout chez l'homme âgé, après sept-huit mois d'alimentation très déficitaire.

L'apport protidique surtout animal est nécessaire à la santé et suffisant à guérir ces œdèmes ; on doit augmenter la ration en lait, viande, œufs, fromage ; accessoirement le soja peut rendre des services. La déchloruration est efficace, mais le sel ne suffit pas, à lui seul, à provoquer les œdèmes ; l'enrichissement de la ration en glucides et en lipides retarde l'apparition des œdèmes, mais ne suffit pas à les prévenir. Il est bon de supprimer le sel et de réduire la quantité de liquides ingérés. Le repos complet, même le repos au lit s'il se peut, est nécessaire au début du traitement.

R. L.

Hépathothérapie intra-sternale dans les anémies pernicieuses. — M. C. T. Nicolas, Mlle L. Radulesco et Mme L. Bandu (*Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie*, séance du 7 juillet 1945, tome XVII, p. 246).

Dans les anémies pernicieuses du type Biermer où le traitement par injections intramusculaires avec extrait hépatique associé au traitement classique (arsenic, fer, etc.) n'a donné aucun résultat, les auteurs ont obtenu d'excellents résultats par l'hépatothérapie intrasternale.

L'administration d'extrait aqueux de foie (Campolon) par voie intrasternale avec des doses de 1 à 2 cc. parfaitement tolérées par les malades, ne provoque aucun symptôme secondaire qui pourrait constituer une contre-indication. Les petites doses d'extrait de foie, administrées par voie intrasternale, donnent des résultats très supérieurs à ceux de doses quarante fois plus fortes par voie intramusculaire.

Les résultats cliniques surviennent parfois trois ou quatre heures après l'injection, modifiant l'état général soit par le système nerveux central (insomnies, altérations psychiques), soit par action sur le tube digestif (appétit, digestion, etc.).

Les modifications hématologiques présentent deux phases : dans la première, immédiatement après l'injection intrasternale, on observe une diminution de tous les éléments figurés du sang, qui reviennent à l'état normal vingt-quatre heures après. Dans une deuxième phase, au bout de 6 à 10 jours, se produit une poussée progressive du nombre des globules rouges, des leucocytes et des thrombocytes, accompagnée d'une augmentation du taux de l'hémoglobine qui atteint, au bout de trente à quarante jours, des chiffres normaux. La crise réticulocytaire s'installe quelquefois quatre à cinq jours après la première injection avec un nombre de réticulocytes de 600 à 700 o/oo et la bilirubine revient à un taux normal.

M. L.

Le coryza aigu. Son étiologie. Sa nature. — MM. J. Rebattu, R. Sohier et P. Trenque. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 septembre 1946.

L'étiologie et la nature du rhume de cerveau banal continuent de présenter bien des obscurités.

Les facteurs météoriques y jouent un rôle depuis longtemps reconnu et dont témoignent ses dénominations dans diverses langues. C'est de plus une affection qui peut exister sous divers climats mais avec une énorme prépondérance dans les pays tempérés. Les variations météoriques brusques semblent plus importantes que l'abaissement thermométrique proprement dit. L'humidité, la ventilation, l'état électrique de l'atmosphère, les poussières ne sont pas sans influence. Peut-être agissent-ils autant en provoquant un déséquilibre vagosympathique directement.

Divers microbes dont certains sont des saprophytes habituels des voies respiratoires supérieures et voient leur virulence s'exalter, jouent un rôle mais qui n'est sans doute que secondaire et sur un terrain modifié soit par les causes météoriques soit par un virus.

En effet nombre d'expériences, surtout de l'école américaine, tendent à prouver que le coryza peut être reproduit par un virus filtrant qui a pu être isolé, cultivé, inoculé. Ce virus semble différent de celui de la grippe ; il favoriserait le développement des autres germes qui seraient, eux, la cause de la transformation purulente du flux nasal ou des complications. Les facteurs météoriques modifiant le terrain favoriseraient le développement du virus.

L'action conjuguée de ces divers facteurs serait nécessaire à l'apparition du coryza.

R. L.

Les injections de sérum hypertonique et d'eau distillée dans le traitement des vertiges. — MM. R. Mayoux et L. Paufique. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 septembre 1946.

Il ne s'agit ici que de vertiges d'origine purement vestibulaire dus soit à une lésion du vestibule soit au retentissement d'une affection générale, par action circulatoire ou toxique. Dans ces cas il y a toujours ou presque toujours modification de tension de l'endolymphe labyrinthique. Or une modification infime suffit à provoquer des vertiges, vertiges intenses même pour des modifications échappant à tout examen clinique.

Pour agir sur cette pression on a employé toute une série

d'interventions chirurgicales. Les travaux de Mygired et de Dida Deberding ont montré que la réduction massive des liquides ingérés associée aux diurétiques pouvaient améliorer considérablement les symptômes.

Par analogie avec ce qui se passe pour la sécrétion du liquide céphalorachidien les auteurs ont employé les injections intraveineuses de sérum hypertonique ou d'eau distillée en se guidant sur les modifications de la circulation, dans l'artère centrale de la rétine, témoin habituellement fidèle de la circulation labyrinthique. Dans quelques cas ils ont eu recours aux injections d'eau distillée.

On doit éliminer tous les vertiges non uniquement vestibulaires, ceux pour lesquels existe une médication étiologique (syphilis, intoxication, etc.), les traumatismes. Un grand nombre de sujets demeurent cependant des bénéficiaires possibles après cette élimination.

Pour une hypertension rétinienne on fait des injections de sérum hypertonique, de même pour une tension rétinienne normale ; l'eau distillée est employée au cas de tension abaissée. 10 cmc. sont injectés tous les deux jours dans les veines ; 3 à 6 injections suffisent en général. Une exagération du vertige est une suite habituelle de la première injection.

Les résultats sont habituellement heureux sur les vertiges ; la céphalée concomitante est peu influencée ainsi que les bourdonnements.

R. L.

L'acide nicotinique et les syndromes diarrhéiques (Considérations cliniques). — M. Luigi Solinas. *Lotto contro la tuberculosi* (*Rome*), *mars-avril* 1946. —

L'acide nicotinique qui, pour l'organisme se transforme en vitamine P. P., possède en plus de son action vitaminique proprement dite, diverses propriétés thérapeutiques. C'est en particulier un régulateur dans certains cas de la fonction digestive.

L'auteur l'a employé avec succès dans la diarrhée de certains tuberculeux. Il faut pour cela qu'il ne s'agisse ni de diarrhée par lésion tuberculeuse de l'intestin lui-même, ni de diarrhée d'origine parasitaire.

Sans doute dans ces cas y a-t-il viciation du métabolisme vitaminique améliorée par la vitamine P.P.

R. L.

Etude sur les arsénoxydes ou arsénones dans la thérapeutique de la syphilis. — M. Lepinay Casablanca). *Bruxelles-Médical*, 7 et 21 juillet 1946.

Les arsénones, théoriquement et expérimentalement plus toxiques que les arsénobenzènes sont en pratique moins toxiques en raison de l'action spirillicide plus puissante qui permet d'administrer une moindre quantité d'As.

Ils peuvent permettre un traitement ambulatoire avec moindre déplacement des malades en associant une fois sur deux une injection de bismuth à celle d'arsénone.

Les techniques rapides doivent demeurer l'exception ; les techniques lentes offrent moins de risques avec les arsénoxydes et sont aussi efficaces qu'avec les arséno-benzènes.

L'imprégnation est aussi parfaite et les résultats cliniques et sérologiques sont aussi satisfaisants.

R. L.

Notes sur le traitement des plaies de guerre des nerfs périphériques. — MM. R. Merle d'Aubigné et M. Zimmer. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 21 septembre 1946.

L'étude de 69 cas de plaies de guerre des nerfs périphériques a montré que lorsque la continuité du nerf est respectée, la neurolyse simple donne habituellement des résultats fonctionnels satisfaisants moyennant une surveillance post-opératoire attentive.

Si le nerf est sectionné une perte de substance, traumatique ou opératoire est habituelle ; on peut cependant par dissection étendue, transposition, immobilisation dans une attitude appropriée, réussir une suture bout à bout. Au cas contraire on doit recourir à une greffe : autogreffe en câble faite avec un nerf sensitif.

La physiothérapie ultérieure et la rééducation sont des éléments importants.

R. L.

Transplantations tendineuses dans le traitement des paralysies radiales post-traumatiques. — MM. R. Merle d'Aubigné et P. Lance. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 21 septembre 1946.

Dans 10 cas les auteurs ont pratiqué des transplantations des muscles extenseurs des doigts et du pouce.

Lorsque le nerf est atteint au bras, il faut réanimer les radiaux par le rond pronateur. L'extenseur commun des doigts retrouve sa fonction par le moyen du tendon du cubital antérieur désinséré du pisiforme ; de même pour le long extenseur du pouce.

Le long extenseur et le court extenseur du pouce sont réanimés par le petit palmaire.

Le grand palmaire a un rôle stabilisateur du poignet qui doit le faire conserver.

A défaut de petit palmaire on peut utiliser un des radiaux, intact ou même réanimé par le rond pronateur.

Le blessé recouvre environ 80 % de la valeur fonctionnelle de sa main.

R. L.

Accidents respiratoires consécutifs à des infiltrations novocaïniques de la chaîne sympathique. — MM. P. Gornard, Ferrand, Descuns. Soc. *de Chir. d'Alger*. Séance du 5 avril 1945 in l'*Afrique Française chirurgicale*, sept.-oct. 1946, p. 384-388.

On a signalé différents accidents au cours des infiltrations de la chaîne sympathique lombaire ou du ganglion étoilé dus à des fautes de technique le plus souvent et quelquefois par idiosyncrasie novocaïnique. Mais ceux que rapportent les auteurs se sont produits dans des infiltrations très correctement faites et sans signes d'intoxication.

Au cours d'infiltration du sympathique lombaire, M. Ferrand a assisté deux fois à l'accident suivant : début fulgurant d'une dyspnée à type de bradypnée inspiratoire laryngo-trachéale avec tirage sus et sous-sternal, mydriase bilatérale, le pouls restant calme. Au total strangulation par spasme laryngé.

M. Descuns, chez deux malades, à la suite d'infiltration des ganglions dorsaux supérieurs et stellaire, a assisté à des accidents analogues : angoisse brusque, syncope respiratoire, mydriase chez un des malades. Le cœur continue à battre. Chez une malade la syncope a duré trois quarts d'heure, pendant lesquels la respiration artificielle a été faite avec oxygénothérapie en circuit fermé, 3 lobélines, 3 coramines, 2 caféïnes, huile camphrée ; chez l'autre malade la crise n'a duré que deux minutes. Etant donné la parenté des accidents suite d'infiltration de la chaîne sympathique à différentes hauteurs, la cause doit être la même : probablement piqûre trop bien faite, ayant intéressé la chaîne elle-même (mydriase) et déterminé une excitation de toute la chaîne sympathique.

En tout cas ces accidents exceptionnels doivent inciter le médecin à la prudence, à ne jamais pratiquer ces infiltrations à son cabinet ou chez le malade, mais toujours en un endroit où il a sous la main tous les moyens de porter secours au malade menacé d'une mort rapide.

M. L.

Quelques aspects chirurgicaux de la neurofibromatose de Recklinghausen. — H. Mondor et L. Léger (*Journal de Chirurgie*, tome 62, n°s 9-10, 1946, pp. 341-461, 8 fig.).

Laissant de côté les localisations de cette affection relevant de la neuro-chirurgie (gliofibromatose spinale ou cérébrale, atteinte des nerfs craniens) ou de la chirurgie thoracique (tumeurs du médiastin développées aux dépens des nerfs rachidiens ou des chaînes sympathiques), les auteurs étudient les diverses localisations dans lesquelles le chirurgien peut avoir à intervenir.

La tumeur royale disgracieuse peut devenir gênante par son siège, son volume, son poids, et nécessiter l'exérèse. Les auteurs rapportent l'observation d'un neurinome de la région sacrée, pesant 11 kgs, et dont l'ablation entraîna un choc important. Outre le danger de choc, il ne faut pas oublier que ces malades supportent mal la narcose et cicatrisent difficilement.

On peut être amené à enlever certaines tumeurs nerveuses limitées, telles les tumeurs du sciatique poplité externe, ou de la branche antérieure du radial dont les auteurs rapportent les observations. Mais on doit être réservé dans ces ablations, on peut se trouver en face de tumeurs infiltrées nécessitant la résection du nerf.

Les tumeurs cutanées ou nerveuses de la neuro-fibromatose peuvent être le siège de complications. Elles peuvent être le siège d'hémorragies spontanées, graves, récidivantes, pouvant entraîner la mort.

La dégénérescence maligne de ces tumeurs est fréquente. De nombreuses observations en ont été publiées. Les auteurs en rapportent une nouvelle. On a signalé la dégénérescence maligne simultanée de plusieurs nodules cutanés. Les métastases sont assez rares. Malgré cela le pronostic est presque toujours défavorable, malgré l'amputation quand elle est possible. Il s'agit le plus souvent de sarcomes globo-cellulaires ou de fibrosarcomes. En présence de l'accroissement soudain d'un neurofibrome et de l'apparition de phénomènes douloureux, il est prudent d'en pratiquer l'exérèse large.

Les auteurs passent ensuite en revue des localisations parti-

culières de la maladie pouvant nécessiter l'intervention du chirurgien.

Au tube digestif : les tumeurs du plancher de la bouche, la macroglossie, les compressions trachéales, la neurofibromatose gastrique en particulier le schwannome dont l'identification radiologique est possible, les localisations intestinales entraînant exceptionnellement une invagination à cause de leur développement prédominant vers la cavité péritonéale.

Des localisations pelviennes posant des problèmes obstétricaux et chirurgicaux : névromes du plexus sacré, dont les auteurs rapportent une observation.

L'appareil urinaire, avec des tumeurs vésicales prostatiques.

Les tumeurs de la région de la fourche carotidienne, prenant naissance dans les nombreux éléments nerveux de la région et qu'il faut distinguer des tumeurs du corpuscule carotidien, beaucoup plus fréquentes. Les deux tumeurs peuvent d'ailleurs s'associer comme les auteurs en rapportent un exemple. L'éléphantiasis névromateux par énorme développement de neurofibromes plexiformes avec allongement et épaississement des os, pouvant conduire à l'amputation.

Les atteintes du squelette dans la neurofibromatose sont mieux connues et plus fréquentes : « L'arrêt de développement « d'une ou plusieurs pièces squelettiques constitue l'un des élé- « ments importants du syndrome » : agénésies cranio-faciales, vertébrales (syndrome de Klippel-Feil, hémi-vertèbres, etc.), radiale, cubitale, péronière, phalanges de certains doigts, etc. ; anomalies par excès (hémi-vertèbre en trop, exostoses).

Certaines de ces agénésies sont évolutives, présentent des poussées à l'occasion de grossesses comme d'ailleurs la tumeur royale. Certaines sont sous-jacentes à des lésions cutanées, larges plaques de dermatolysie.

On a décrit des lésions ostéo-malaciques, des kystes sous-périostés.

Les lésions osseuses entraînant la formation d'une scoliose ou xypho-scoliose sont si fréquentes que cette déformation constitue un symptôme de l'affection. Les auteurs en donnent une description étendue. Il en est de même des pseudarthroses et incurvations congénitales du tibia, dont la coexistence avec la neurofibromatose constitue presque une règle.

Dans un dernier chapitre, on trouve une étude sur le rôle des surrénales dans la maladie de Recklinghausen. Ces malades présentent en effet de l'hypotension artérielle, de l'asthénie. On a rapporté l'association de la neurofibromatose avec un paragliome surrénalien. Les auteurs frappés de la présence de caractères addisonniens chez une malade, l'ont traitée par implantation sous-cutanée de désoxycorticostérone, avec une amélioration certaine.

Ce travail important, fruit de longues recherches, montre l'importance d'un examen complet sur les malades porteurs de taches pigmentaires, même peu étendues comme y insistait déjà Grenet depuis longtemps.

M. L.

Sur la pathogénie des infarctus et de l'infarctus intestinal en particulier. — MM. H. Laborit et P. Morand. — *L'Afrique française chirurgicale*, novembre-décembre 1946, n° 6, pp. 435-448.

Les auteurs ont étudié expérimentalement, sur le cobaye, la production des infarctus viscéraux. Ils arrivent aux conclusions suivantes :

L'infarctus intestinal sans oblitération vasculaire demande pour apparaître :

1° Un terrain neuro-végétatif caractérisé par l'hypoactivité cholinestérasique.

2° Une excitation du parasympathique mécanique, toxique, humorale, libérant une dose massive d'acétylcholine, qui aura sur le viscère sa pleine action pathologique puisque la cholinestérase est insuffisante à la freiner.

Du point de vue thérapeutique l'atropine a donné de bons résultats expérimentaux. Son association à l'adrénaline est logique. Mais c'est surtout à la cholinestérase qu'il serait souhaitable de l'associer quand un extrait actif de cette substance aura été obtenu. En attendant le traitement des infarctus peut être transformé par des injections massives de plasma humain qui sont actuellement la méthode la plus simple pour remédier à la déficience pathologique de l'activité cholinestérasique.

L'expérimentation prouve le rôle important, sinon déterminant, joué par la cholinestérase dans les phénomènes de sensibilisation et d'anaphylaxie ; on comprend donc l'importance capitale dans beaucoup d'affections de l'étude de l'activité cholinestérasique. C'est ainsi qu'il paraît vraisemblable que c'est le reflux de la bile dans le canal de Wirsung qui cause l'infarctus pancréatique, car la bile possède de très fortes propriétés anticholinestérasiques. De même, dans les ictères, on constate une baisse constante de l'activité cholinestérasique.

M. L.

Thrombose primitive de la veine axillaire. — MM. Ejnar Roelsen (Copenhague). *Acta chir. scandinavica*, vol. XC, fasc. VI, 1945, pp. 547-567, 8 fig.

Cette affection se traduit par un gonflement brusque, dur, élastique de tout le membre supérieur, diminution de la force musculaire. Elle est le plus souvent déterminée par un effort, en absence de toute lésion du sang ou d'infection.

Connue sous des appellations différentes, environ 150 observations en ont été publiées jusqu'à 1938.

L'auteur qui avait publié en 1938 (*Lyon chir.* 36. 385-1939) 11 observations, émettait des doutes sur la présence de la veine axillaire dans tous les cas. Dans le présent travail, il apporte 7 nouvelles observations, ce qui porte à 18 les cas qu'il a pu rencontrer en neuf années. Or, dans ces 7 observations, le contrôle de la veinographie a montré la présence constante d'une thrombose de la veine axillaire. Il incline à accepter l'origine traumatique de la lésion. Le traitement doit être conservateur et consister plus en mobilisation et massage qu'en immobilisation. Il n'a pas pratiqué l'infiltration du ganglion stellaire. L'opération, résection de la veine, est rarement indiquée et seulement dans les stases de longue durée et récidivant sans cesse. Il déconseille la veinographie au stade aigu, elle est inutile, le diagnostic étant évident et elle peut aggraver la stase et l'œdème.

M. L.

Le pouvoir coagulant du plasma et du sérum d'un hémophile. — MM. P. Chevallier, M. Guillot, A. Fiehrer, Ch. Pasquier. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 14 septembre 1946.

L'étude du plasma d'hémophile et de sa coagulation *in vitro* montre l'absence totale de pouvoir coagulant du plasma et du sérum de l'hémophile en milieu non calcique.

La vitesse d'accroissement du pouvoir coagulant du sérum et du plasma est très diminuée en milieu calcique.

La prothrombine est d'abord inhibée et la thromboplastine n'apparaît que de façon retardée.

La structure du coagulum est différente de celle du coagulum normal. Il n'y a pas de thrombine libre dans le plasma, probablement à cause de l'absorption par la fibrine. La rétraction du plasma est plus marquée que normalement.

R. L.

CHRONIQUE

Leçon inaugurale de M. le professeur Dechaume

Le 14 janvier, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, le premier titulaire de la nouvelle chaire de stomatologie, M. le professeur Dechaume a fait sa leçon inaugurale. Leçon qui doit marquer dans l'histoire de l'enseignement médical à Paris.

Une assistance très nombreuse accueillit M. Dechaume avec de longs et chaleureux applaudissements.

Autour de M. le recteur Roussy et de M. le doyen Binet se pressaient les collègues et les amis du nouveau maître : MM. le doyen honoraire Baudouin, Lemierre, Rouvière, Joannon, Henri Bénard, Etienne Bernard, Lavier, Moreau, René Leriche, Giroud, Ed. Lesné, Veau, Louis Ramond, Ombrédanne, L. Bazy, Chevallier, Coste, Brodin, Garcin, G. Labey, Clovis Vincent, Mollaret, le médecin général Debenedetti, G. Portmann, Jausion, Françon, Herpin, Lacronique.

Le doyen Binet, en quelques mots de présentation cordiale, insista sur tout ce qui donnait un particulier intérêt à un enseignement qui, à Paris, prend enfin son rang parmi les disciplines d'intérêt majeur. La présence dans l'auditoire de savants venus des Universités amies de Louvain et de Genève rehaussait encore cette cérémonie.

Attentivement écouté, M. Dechaume évoqua devant les étudiants parisiens son « cursus vitæ », Lyon sa ville d'origine et les maîtres dont il fut l'externe et l'interne : Vallas, Roques, Péhu, Gallavardin, Laroyenne, Leriche et tant d'autres dont les noms nous sont familiers, ainsi que les travaux ; la décision d'abandonner la voie des concours qui s'annonçait pourtant aisée, la venue à Paris ; la formation stomatologique à Saint-Louis, près du Dr Chompret, et à l'Ecole de stomatologie ; l'évolution des esprits qui pousse enfin à son rang la spécialité dentaire, la carrière féconde et trop brève du regretté Ruppe.

M. Dechaume, dès cette époque, entre à la Faculté comme chargé de cours ; le voici enfin premier titulaire de la chaire nouvelle.

Le nouveau maître esquisse alors rapidement l'histoire de l'art dentaire, la naissance et le développement de la stomatologie, leur enseignement si récent en France et surtout à Paris alors que, si longtemps, dans le monde entier — et même en Amérique — il n'y eut de bon dentiste que venu de France. 1880 voit le premier essai de rattachement à la Faculté de médecine de l'enseignement dentaire ; à Paris, ce ne sera qu'en 1947 qu'il trouvera enfin sa vraie place. Quelques exemples choisis dans la pathologie buccale montrent pourtant qu'il y a bien là une spécialité médico-chirurgicale et pas seulement un empirisme irrévocablement autonome. Prothèse et redressement, pour importants qu'ils soient, ne sauraient à eux seuls, suffire à faire un stomatologiste.

Le professeur Dechaume, avec une remarquable précision, esquisse enfin sa conception de l'enseignement, des rapports de la stomatologie avec le reste de la médecine, de la clinique et des recherches, du problème dentaire social enfin, trop généralement ignoré.

C'est dans l'union avec la médecine que réside l'avenir fécond pour la stomatologie ; le séparatisme ne peut engendrer que la stagnation.

R. L.

Les conférences d'actualité pratique à la Faculté de Médecine de Paris

C'est une très heureuse idée qu'a eue M. le doyen Binet d'instaurer à la Faculté ce nouveau cycle d'enseignement. On sait qu'il s'adresse surtout aux médecins praticiens. Il a pour but de leur faire connaître, ou mieux connaître les moyens nouveaux et puissants que la thérapeutique met actuellement à leur disposition.

La série de ces conférences s'est ouverte le mardi 14 janvier, et continuera deux fois par semaine les mardis et vendredis à 20 h. 30, jusqu'au mois de mars. Exceptionnellement, la conférence du mardi 21 janvier a été reportée au mercredi 22 janvier. Nos lecteurs ont pu lire, dans « La Gazette » (n° 1 du 4 janvier 1947), le programme détaillé de cet enseignement.

La première conférence a été faite par M. le doyen Léon Binet lui-même.

Il a traité de l'oxygénothérapie et a montré que la réanimation n'est pas un mythe. On dispose actuellement de moyens puissants pour lutter contre les hémorragies, le choc et l'asphyxie. Plusieurs films et la démonstration de quelques appareils ont illustré heureusement sa conférence.

Elle fut suivie aussitôt par une leçon fort intéressante de M. Tzanck, sur les progrès de la transfusion.

Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Notons que malgré l'heure, qui peut paraître incommode, une assistance très nombreuse remplissait l'amphithéâtre. En majorité des praticiens. Beaucoup prenaient des notes comme de bons étudiants.

Parmi eux nous avons remarqué M. le professeur Portes, président du Conseil national de l'Ordre, avec ses collègues les professeurs Guy Laroche et Bariéty.

Puis M. Cibrie, secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux et M Rouèche, président de la Chambre syndicale des médecins de la Seine. Toutes les organisations syndicales avaient d'ailleurs tenu à manifester à M. le Doyen leur intérêt pour son heureuse initiative. A côté d'eux, M. le professeur Sorrel et Mme Sorrel-Dejérine, M. le médecin inspecteur général Jame, inspecteur général technique au Service de Santé militaire, avec plusieurs de ses collaborateurs, M. Besson, inspecteur général des services d'Hygiène de la Préfecture de la Seine, M. Tzanck, enfin, qui va parler après M. le Doyen.

Les deux conférences se succédèrent, écoutées attentivement par la studieuse assistance. Elles eurent un intérêt soutenu et furent très applaudies.

Constatons seulement, aujourd'hui, le bon début d'un enseignement qui sera très utile à tous les confrères.

F. L. S.

INTERETS PROFESSIONNELS

Ordre des médecins. — M. le professeur Piédelièvre a été élu président du Conseil de l'Ordre départemental des médecins de la Seine, en remplacement de M. le professeur Balthazard.

Comité de coordination des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins

Le dimanche 2 février 1947, le Comité de coordination des Conseils départementaux et le Comité intersyndical des médecins de la région parisienne tiendront une réunion commune à leur siège social, 28, rue Serpente, Paris (6e).

Les questions d'assurances sociales et notamment celle de nos rapports avec les caisses de sécurité sociale, retiendront plus particulièrement l'attention des assistants. Y sera aussi discutée la question brûlante de l'immatriculation des médecin à l'assurance vieillesse et la création d'une caisse autonome de retraite pour le Corps médical.

INFORMATIONS

(Fin)

EDUCATION NATIONALE

Diplômes d'Etat. — Le J. O. du 17 janvier 1947 publie le décret du 15 janvier fixant les modalités d'application de la loi du 11 octobre 1946 permettant l'accession aux diplômes d'Etat de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste et de pharmacien, des titulaires de diplômes délivrés par les Universités étrangères, ayant rendu des services effectifs à la France dans l'armée et dans la Résistance.

Comité consultatif des Universités

M. Champy, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, est nommé membre ordinaire du Comité consultatif des Universités, division de la médecine, en remplacement de M. le professeur Rouvière, admis à la retraite.

Collège de France. — M. le Dr Robert Courrier, professeur au Collège de France, est nommé vice-président de l'Assemblée des professeurs de cet établissement en remplacement de M. le professeur André Mayer, admis à la retraite. (J. O., 16 janvier 1947).

Le statut des préparateurs en pharmacie. — Le J. O. du 16 janvier 1947 publie

un décret du 15 janvier 1947 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 24 mai 1946 fixant le statut des préparateurs en pharmacie.

Etablissements pénitentiaires

Le J. O. du 15 janvier 1947 publie un arrêté relatif à une indemnité aux internes en médecine et en pharmacie des établissements pénitentiaires et de l'éducation surveillée. Lorsque les internes ne sont pas nourris gratuitement, il peut leur être alloué une indemnité compensatrice de nourriture de 50 francs par jour.

Marine. Active

Sont promus. — Au grade de médecin en chef de 1re classe : M. Lahillonne.

Au grade de médecin en chef de 2e classe : MM. Labernède et Lambrez.

Au grade de médecin principal : MM. Ubertino Homberg, Mossiier, Goguet, Miossec, Cuq, Guérin, Feillard, Lenistour, Godeau.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Potier, Dumoulin, Milin, Fargis, Boisot, Bauquin, Martin, Salinier, Caillard.

Au grade de médecin de 3e classe : M. Lefort.

Marine. Service de Santé. — Sont nommés sans rappel de solde au grade de médecin de 3e classe, pour prendre rang du 31 décembre 1942, et au grade de médecin de 2e classe pour prendre rang du 31 décembre 1944, les élèves du service de Santé de la Marine reçus docteurs en médecine dont les noms suivent : MM. Bazan, Brun, Camo, Chambry, Curcier, Fontayne, Hameury, Micheau, Navaranne, Pauchet, Salles, Saout, Serizier, Taillefer et Véron. Ces officiers recevront la solde de médecin de 2e classe à compter du 31 décembre 1946.

Les élèves du service de santé de la marine titulaires du diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien sont nommés, en attendant le classement définitif de leur promotion d'origine, respectivement aux emplois de médecin ou de pharmacien chimiste de 2e classe auxiliaire.

Le décret du 6 février 1923 relatif aux nominations à l'emploi de médecin ou de pharmacien chimiste de 3e classe est abrogé.

Naissance

Notre collaborateur et ami le Dr Jacques Odinet nous fait part de la naissance de son sixième fils Thierry.

Nécrologie

— Le Dr Friteau, professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris, décédé à Paris.

— Le Dr André Bidermann, médecin chef de la S.N.C.F. (région Est), à Paris ;

— Le Dr G. Raulot-Lapointe, ancien chef de laboratoire de la Faculté, à Paris.

— Le Dr Jacques Dor, de Marseille, a le regret de faire part de la mort de sa femme, décédée à Grasse (Alpes-Maritimes), le 2 janvier 1947.

— Le Dr Louis Humbert, officier de la Légion d'honneur, croix de guerre 14-18, décédé à Paris le 7 décembre, 39, avenue Georges-Mandel.

— Le Dr Gaston Lefèvre, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 27 septembre à Châtillon-sur-Indre.

— Le Dr Jean Blin, à Compiègne.

— On annonce la mort à Moscou du professeur Nikolaï Burdensko, médecin en chef de l'armée rouge et président de l'Académie des sciences médicales de l'U.R.S.S.

— Dr Maurice Roy, officier de la Légion d'honneur, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris, stomatologiste honoraire des hôpitaux.

— Le Dr Oberkirch, ancien ministre, conseiller de la République, décédé à Sélestat.

— L'aspirant Bourguignon, tombé pour la France à Hanoï. Nous adressons à son père, le Dr Bourguignon, membre de l'Académie de médecine, l'expression de notre profonde et bien affectueuse sympathie.

COURS

FACULTE DE MEDECINE

Conférences d'actualités pratiques

Programme

Ces conférences destinées à tous les médecins, auront lieu au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Mardi 28 janvier. — 20 h. 30, Prof. Piédelièvre : Intoxication oxycarbonée ; 21 heures 30, Prof. Mathieu : Indications chirurgicales actuelles dans le traitement des arthrites chroniques de la hanche.

Vendredi, 31 janvier. — 20 h. 30, Prof. agr. de Sèze : Diagnostics et traitements modernes des sciatiques ; 21 h. 30, Prof. agr. Funck-Brentano : Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine rompue.

Mardi 4 février. — 20 h. 30, Prof. agr. Boulin : Traitement moderne du diabète ; 21 h. 30, Prof. Fey : Méthodes actuelles d'exérèse de l'adénome-prostatique.

Vendredi 7 février. — 20 h. 30, Dr Gutmann : Diagnostic précoce du cancer de l'estomac ; 21 h. 30, Prof. Brocq : Traitement des fibromes utérins.

Mardi 11 février. — 20 h. 30, Prof. Gougerot : Les cinq étapes de la vie d'un syphilitique ; 21 h. 30, Dr Cleisz : Conduite à tenir au cours de l'accouchement dans les bassins rachitiques.

Vendredi 14 février. — 20 h. 30, Dr Michaux : Les électrochocs ; 21 h. 30, Prof. agr. Patel : Indications opératoires dans les cholécystites.

Vendredi 21 février. — 20 h. 30, Dr Martin : Indications actuelles de la pénicilline en médecine ; 21 h. 30, Prof. Sénèque : Indications thérapeutiques dans le cancer du sein.

Mardi 25 février. — 20 h. 30, Prof. Lian : Diagnostic et traitement de l'angine de poitrine ; 21 h. 30, Prof. Dechaume : Manifestations à distance des infections bucco-dentaires.

Vendredi 28 février. — 20 h. 30, Prof. agr. Degos : Nouveaux traitements de la syphilis ; 21 h. 30, Prof. agr. Fèvre : Sténose hypertrophique du pylore du nourrisson.

Mardi 4 mars. — 20 h. 30, Dr Lambling : La maladie ulcéreuse gastro-duodénale ; 21 h. 30, Prof. agr. G. Offret : Les greffes de la cornée.

Vendredi 7 mars. — 20 h. 30, Prof. J. Marie : Erythroblastoses et mort rapide du nourrisson ; 21 h. 30, Prof. agr. Ameline : Indications et résultats du traitement des prolapsus utérins.

Mardi 11 mars. — 20 h. 30, Prof. Justin-Besançon : Prévention et traitement des embolies pulmonaires ; 21 h. 30, Prof. Quenu : Diagnostic et indications opératoires dans les hernies diaphragmatiques.

Vendredi 14 mars. — 20 h. 30, Prof. agr. de Gennes : Les traitements actuels de la maladie d'Addison ; 21 h. 30, Prof. agr. Meneganx : Traitement des fractures du col du fémur.

Mardi 18 mars. — 20 h. 30, Dr Lemoine : Indications de la bronchoscopie ; 21 h. 30, Prof. Petit-Dutaillis : Indications opératoires dans les traumatismes fermés du crâne.

Vendredi 21 mars. — 20 h. 30, Prof. Guy Laroche : Antithyroïdiens de synthèse ; 21 h. 30, Prof. Lemaître : Diagnostic précoce des cancers des voies respiratoires et digestives supérieures.

Mardi 25 mars. — 20 h. 30, Dr R. Wolfromm : Diagnostic et traitement de la néphrose lipoïdique ; 21 h. 30, Prof. Leveuf : Traitement de l'ostéomyélite aigue.

Vendredi 28 mars. — 20 h. 30, Doyen Léon Binet, Prof. Jean Gosset, Prof. R. Leroux : Présentation de films biologiques médicaux et chirurgicaux réalisés dans des centres parisiens ; 21 h. 30, Prof. agr. de Gaudart d'Allaines : Etat actuel du diagnostic et du traitement des tumeurs malignes du gros intestin.

CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE

Professeur : M. Etienne Bernard

Cours de perfectionnement de pneumologie clinique et sociale de l'hôpital Cochin

Un cours de perfectionnement de Pneumologie clinique et sociale est organisé, du 3 au 29 mars 1947, à l'hôpital Cochin, sous les auspices du ministère du Travail et de la Sécurité sociale et du Comité national de défense contre la tuberculose, par MM. P. Ameuille et Pierre-Bourgeois, avec la collaboration de MM. E. Rist, F. Bezançon, A. Courcoux, P. Pruvost, P. Jacob, Etienne Bernard, M. Bariety, E. Aujaleu, R. Lenda, R. Kourilsky, R. Even, G. Brouet, Ch. Debray, M. Iselin et de MM. V. Hinault, J. Fauvet, J.-M. Lemoins, R. Genevrier, G. Ro-

che, G. Rollin, J.-P. Garaix et Y. Rose, assistants de service.

1° Tous les matins, sauf le samedi, visite dans les salles, stage au laboratoire et dans les salles d'endoscopie.

A 11 heures, discussion des consultations écrites rédigées par les stagiaires.

Le samedi, a 10 heures, exposé technique, suivi de présentation d'appareils d'endoscopie et de radiographie pulmonaires ;

2° L'après-midi, de 15 à 16 heures, lecture de radiographies, tomographies et de radiophotographies ;

3° Tous les jours, à 16 heures, sauf le samedi, leçon théorique conformément au programme ci-dessous :

Lundi 3 mars. — Dr E. Rist : Tuberculose et profession.

Mardi 4 mars. — Prof. F. Bezançon : Notions actuelles sur le diagnostic et le traitement de l'asthme.

Mercredi 5 mars. — Dr A. Courcoux : La pleurésie séro-fibrineuse et ses séquelles.

Jeudi 6 mars. — Prof. Etienne Bernard : Le dépistage systématique de la tuberculose.

Vendredi 7 mars. — Dr J. Genevrier : Notions actuelles sur la primo-infection tuberculeuse.

Samedi 8 mars (10 heures). — Dr J.-M. Lemoine : Le diagnostic bronchoscopique du cancer bronchique.

Lundi 10 mars. — Dr P. Jacob : Notions actuelles sur l'allergie.

Mardi 11 mars. — Dr R. Even : Le diagnostic des miliaires pulmonaires.

Mercredi 12 mars. — Dr R. Benda : Le sang dans les affections pulmonaires chroniques.

Jeudi 13 mars. — Dr J. Fauvet : Le diagnostic bactériologique de la tuberculose.

Vendredi 14 mars. — Dr P. Pruvost : Kystes aériens pulmonaires.

Samedi 15 mars (10 heures). — Dr Y. Rose : La bronchoscopie en pratique pneumologique.

Lundi 17 mars. — Dr R. Kourilsky : Les suppurations pulmonaires et leur traitement.

Mardi 18 mars. — Dr G. Brouet : Le diagnostic des tumeurs médiastinales.

Mercredi 19 mars. — Dr P. Ameuille. — Les silicoses pulmonaires.

Jeudi 20 mars. — Dr Iselin : Indications et limites de la chirurgie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Vendredi 21 mars. — Dr G. Roche : Le placement en sanatorium.

Samedi 22 mars (10 heures). — Dr V. Hinault : Pleuroscopies et spéléoscopies.

Lundi 24 mars. — Dr Ch. Debray : La crénothérapie des affections pulmonaires non tuberculeuses.

Mardi 25 mars. — Dr M. Bariety : La guérison du tuberculeux.

Mercredi 26 mars. — Dr G. Rollin : La réadaptation au travail du tuberculeux.

Jeudi 27 mars. — Dr E. Aujaleu : La législation antituberculeuse.

Vendredi 28 mars. — Dr Pierre-Bourgeois : Tuberculose et assurances sociales.

Samedi 29 mars, 10 heures. — Dr J.-P. Garaix : Les techniques d'aspiration en phtisiologie.

Le nombre des inscriptions sera limité.

Les droits d'inscription sont de 1.000 francs pour le cours.

Un certain nombre de bourses et de remboursements de droits d'inscription seront accordés par le Comité National de Défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, où les demandes doivent être adressées avant le 15 février 1947.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures.

A l'issue du cours, un certificat d'assiduité sera remis aux élèves qui auront satisfait au stage.

LIVRES NOUVEAUX

Les Scènes de la vie animale, par Léon Binet, de l'Institut. Un vol. in-16 double couronne comprenant quatorze planches hors texte et neuf illustrations dans le texte. Prix : 135 francs. Librairie Galimard, Paris, 1946.

Nous devons déjà au professeur Léon Binet plusieurs ouvrages où, en observateur attentif et en conteur charmant, il nous a depeint les mœurs des animaux.

Pour nos étrennes, M. Binet nous apporte un nouveau livre. Il l'a dédié à ses trois fils, et j'imagine qu'eux aussi ont apprécié, comme nous l'avons fait nous-même, l'intérêt passionnant du dernier livre de leur père.

En le suivant, dans ses pages si captivantes, nous assistons à une leçon d'histoire naturelle dans laquelle la physiologie tient, naturellement, une large part. Bien des faits que nous avions oubliés reviennent à notre mémoire. J'avoue sans honte que beaucoup de ces faits sont nouveaux pour moi. Si, comme tout le monde, je savais que l'aile de la chauve-souris offre un aspect presque schématique de la circulation sanguine dans les capillaires, j'ignorais les détails de la fonction lactée chez le pigeon mâle. Que de détails curieux nous rappelle encore M. Binet sur les mœurs des poissons, sur les insectes, sur les oiseaux ! Quelle pages dignes de Maeterlinck sont celles qu'il consacre à la « danse nuptiale » dans la série animale ! Aux observations faites en France, M. Binet ajoute des faits remarqués au cours de ses voyages, en particulier dans les pampas de l'Amérique du Sud. Tout cela est d'un intérêt soutenu. Chaque récit, écrit d'une plume alerte, est un enseignement et un enchantement.

F. L. S.

L'ensoleillement dans l'éducation physique et le sport, par le Dr J. Boyer, inspecteur général des services techniques à la Préfecture de police (ouvrage couronné par le Comité National des Sports). Préface du Dr P. Armand-Delille, membre de l'Académie de médecine. Un volume in-8° de 72 pages : 75 fr. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs. 1946.

Les bienfaits du soleil, connus jadis des anciens, ont été longtemps oubliés, mais au début du xxe siècle, un médecin suisse, Rollier, et un capitaine de vaisseau français, Hébert, se firent les ardents propagandistes de l'ensoleillement. Depuis lors, les bains de soleil sont devenus à la mode, mais certains sujets les pratiquent avec excès et des accidents ont été observés.

L'intéressant ouvrage que vient de publier le docteur Boyer — ouvrage qui a été couronné par le Comité National des Sports — sera un précieux guide pour les adeptes de l'éducation physique et des sports.

Dans un premier chapitre, l'auteur montre, à l'aide de données scientifiques indiscutables, les bienfaits de l'ensoleillement, bienfaits évidents, surtout chez l'enfant, mais réels aussi chez les sportifs ; les exercices physiques doivent donc être pratiqués en tenue légère, non seulement pour permettre la liberté des mouvements et pour faciliter l'évaporation de la sueur, mais aussi pour acquérir les bienfaits de l'ensoleillement.

Dans un second chapitre, le docteur Boyer étudie les différents accidents, dont les deux principaux sont l'insolation et le coup de soleil. Ce dernier est trop souvent rencontré sur les plages où les sujets s'étendent imprudemment. Les prétendus championnats de brunissement n'ont rien à voir avec le sport, et le nudisme excessif — qui a maints adeptes — n'a pas de fondement scientifique sérieux.

Dans un troisième chapitre, l'auteur expose les indications du soleil. De même que l'entraînement sportif, l'ensoleillement doit être progressif et rationnel. L'exposition sera de durée différente si le sujet est au bord de la mer ou s'il fait du camping à la plaine.

Les médecins, les éducateurs sportifs et les adeptes de l'hébertisme, trouveront, longuement exposés dans le livre très documenté du docteur Boyer, toutes les indications permettant d'éviter les divers accidents tout en tirant le maximum de bénéfice de l'ensoleillement.

Précis d'acupuncture pratique, par Marcel et Christian Lavergne, un vol. in-16° de 96 pages. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1947.

Les auteurs exposent comment ils sont arrivés à étudier cette acupuncture chinoise qui apparaît aux yeux du vulgaire comme une chose très mystérieuse. Ayant acquis une certaine expérience de cette curieuse méthode, ils ont pu s'entraîner et se documenter à l'hôpital Saint-Louis dans le service du Dr Charles Flandin, grâce au Dr Paul Ferreyrolles.

Ce sont les éléments de l'acupuncture, son historique, les principes de la méthode que nous exposent les auteurs d'une façon très objective. Il y a quelques jours, rencontrant M. Charles Flandin, je lui ai posé quelques questions concernant l'acupuncture ; en me répondant, il m'a dit en quelle estime il tenait les auteurs de ce petit livre. Je souhaite qu'il intéresse nos lecteurs, comme il m'a intéressé moi-même.

F. L. S.

Hématologie clinique, par M. A. Bécart, un vol. in-8° broché de 254 pages avec 68 figures, et une planche en couleurs. 2e édition. Librairie Maloine, Paris, 1946.

En 1925, M. A. Bécart, dont on connaît la grande expérience en hématologie, publiait une première édition du beau traité dont nous recevons maintenant une complète mise au point. Cette deuxième édition comporte une centaine de pages de plus que la précédente, les figures toujours très belles sont plus nombreuses. Comme il y a vingt ans, M. Bécart s'adresse aux praticiens, il s'efforce d'être clair et à la portée de tous. Il y a pleinement réussi.

Après avoir insisté sur l'importance de l'examen du sang en clinique, M. Bécart expose les techniques hématologiques, puis il étudie les groupes sanguins et la préparation des sérums, les éléments figurés du sang et l'hématopoïèse. Plusieurs chapitres sont consacrés enfin à la clinique. Il est inutile de dire en parlant de ce livre que M. Bécart fait profiter les praticiens de sa longue expérience de la transfusion et ce n'est pas un des côtés les moins intéressants de ce beau livre.

L.

Dépôt légal. — 1947. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 5. — SAMEDI 1er FEVRIER 1947 120e ANNEE Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an. France et Colonies. 375 fr
Etudiants, 200 fr. : Etranger. 600 fr.
Chèques Postaux Paris : 2538-76

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements
et pour toute la correspondance
s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — Rédacteur en chef : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

En exécution des décrets relatifs à la baisse générale de 5 %,

Nos prix d'abonnement et de vente au numéro subissent une baisse de 5 % sur les tarifs en vigueur le 1er janvier 1947 :

Un an : France.............. 356 fr.
au lieu de ....375 fr.
Un an : étudiant.............. 190 »
au lieu de.......... ......200 fr.
N° de 10 francs .... »
N° de 7 francs .... »

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de chirurgien des hôpitaux

(5e concours 1946, une place)

Le concours s'est terminé par un triple ex æquo : MM. Dufour, 90 ; Delinotte, 90 ; Verne, 90.

Une séance supplémentaire a eu lieu le 25 janvier : M. Delinotte a été nommé.

(6e concours 1936, une place)

Jury. — MM. Aurousseau, Sorrel, Banzet, Alain Mouchet, Merle d'Aubigné, Houdard, Hepp, Sauvage, Gatelier, Bréchot et Henri Grenet.

Concours de l'internat (oral)

Séance du mercredi 22 janvier à 20 heures. — Notes attribuées : MM. Closier, 9 ; Montouchet, 13 ; Pette, 9 ; Coudert, 21 ; Bertrand, 19 ; Berthaux, 23 ; Lévy (Alfred), 19 ; Massart, 15 ; Motet (Yves), 12 ; Picard (Robert), 16.

Questions sorties :

Signes, évolution et diagnostic de l'endocardite maligne lente (maladie d'Osler ; Invagination intestinale aiguë du nourrisson.

Facultés de province

Strasbourg. — M. Lapp, professeur à la Faculté de pharmacie de l'Université de Strasbourg, est nommé pour trois ans assesseur du doyen de cette Faculté.

Le titre de doyen honoraire de la Faculté de pharmacie de l'Université de Strasbourg est conféré à M. A. Sartory, ancien doyen de cette Faculté, nommé professeur à Paris.

Légion d'honneur. MARINE

CHEVALIER. — M. Marcel, médecin de 1re classe de réserve.

M. Mayolle, élève du service de Santé de la marine, médecin lieutenant de réserve des troupes coloniales.

M. Almayrac, médecin auxiliaire de la marine.

Légion d'honneur. GUERRE

CHEVALIER. — Médecin capitaine Payré.

Présidence de la République. — Le médecin lieutenant-colonel Pierre Bernard a été nommé médecin de la présidence.

SANTE PUBLIQUE

Conseil supérieur de la protection de l'enfance

Sont nommés vice-présidents : MM. Cavaillon et le professeur Binet.

Sont nommés membres : M. le professeur Debré, MM. Douady, Huber, le professeur Lelong, Ed. Lesné, P. Lévi, Montus, Jules Renaut, Mme Weill-Raynal, MM. Weill-Hallé, le professeur Santenoise, Wallon, Desse, Hazemann, Maurice Mayer, Berger, Assouly, R. Gillard, Emile Zola, Heuyer, Cénac, les professeurs Desoille et Piéron, Mme Randoin.

Secrétaire général adjoint : M. Milhaud.

Additions et modifications au Codex

Le J. O. du 24 janvier publie (p. 975 à 990) un long arrêté relatif à des additions au Codex de 1937.

Voici la liste de ces additions : Formol neutralisé. — Métadinitrobenzène. — Méthanasulfonique (acide). — Papier ioduré amidonné. — Phtaléine du thymol. — Potasse aqueuse à 17 pour cent. — Sodium (nitrite de). — Soude (solution de) à 10 pour cent. — Solution décinormale de soude exempte de carbonate. — Solution décinormale oxydimétrique de bromate de potassium.

Amino acétique (acide (Glycocolle). — Amino phényl sulfamide (Sulfanilamide). — Amino phényl sulfamido méthyl pyrimidine (Sulfamérazine). — Amino phényl sulfamido pyridine (Sulfapyridine). — Amino phényl sulfonyl guanidine (Sulfaguanidine).

Desoxy corticostérone (acétate de). — Testostérone (acétate de). — Testostérone (propionate de).

Hôpitaux psychiatriques. — M. le Dr Perrot, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Brenty-la-Couronne (Charente), est affecté en la même qualité à l'hôpital psychiatrique autonome de Cadillac (Gironde), en remplacement de M. le Dr Neveu, appelé à d'autres fonctions.

Un poste de médecin chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence.

Prière aux candidats du cadre de vouloir bien se faire connaître, dans un délai de trois semaines, à compter de la publication du présent avis, au ministère de la Santé publique et de la Population (direction de l'administration générale du personnel et du budget, 3e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

(J. O., 21 janvier 1947.)

EDUCATION NATIONALE

Hygiène scolaire et universitaire. — Sont promus MM. les médecins inspecteurs régionaux de l'Hygiène scolaire dont les noms suivant :

De la 2e à la 1re classe : M. Sappey (Grenoble) ;

De la 3e à la 2e classe : MM. Daron (Bordeaux), Fimbel (Toulouse), Malbos (Montpellier) ;

M. Féret, inspecteur général, est promu au 2e échelon de son grade.

Préfecture de police. Maison départementale de Nanterre. — Un concours pour six places d'interne en médecine et en chirurgie, et à six places éventuelles d'interne provisoire s'ouvrira à une date qui sera fixée ultérieurement.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (Direction générale du personnel), il sera clos le 8 février 1947.

Conditions principales : Etre Français et avoir satisfait aux obligations militaires. Etre âgé de moins de 30 ans (service militaire défalqué et avantages aux pères de famille). Etre pourvu de douze inscriptions de doctorat, avoir accompli le stage obstétrical, n'être pas reçu docteur en médecine. Pour tous autres détails, consulter les affiches.

Société Médico-Chirurgicale des hôpitaux libres

La Société Médico-Chirurgicale des hôpitaux libres et la Société d'Hydrologie tiendront une séance commune le lundi 3 février 1947, à 21 heures précises, Institut Prophylactique, 36, rue d'Assas, Paris (6e).

Au programme. — 1° Rapport sur : Traitement hydro-minéral des affections vésiculaires, par le Dr Binet (de Vichy) ;

2° Rapport sur : Les indications chirurgicales d'urgence au cours des cures hydro-minérales pour affections hépato-vésiculaires, par les Drs Phelip et Escrivan (de Vichy) ;

3° Communication : La cure sulfureuse adjuvante de la chirurgie pulmonaire, par le Dr du Pasquier (de Saint-Honoré-les-Bains).

CONGRES

Premier Congrès international du thermalisme social. — Ce Congrès aura lieu à Aix-les-Bains en septembre 1947. Il est inutile d'en souligner l'importance à une époque où les Caisses de Sécurité sociale vont être amenées à adopter, en accord avec les syndicats médicaux, une large politique thermale et climatique.

XIIe Congrès de la Société Internationale de chirurgie (Londres, 14-20 septembre 1947)

Le XIIe Congrès de la Société Internationale de Chirurgie se tiendra, comme nous l'avons déjà annoncé, à Londres, du 14 au 20 septembre 1947. Il sera présidé par le Dr Léopold Mayer (de Bruxelles), qui fut pendant près de trente ans secrétaire général de la Société Internationale de chirurgie.

Il ne sera pas fait de rapports, mais une seule conférence suivie de discours, sur chacun des sujets mis à l'ordre du jour qui sont les suivants :

1° Progrès en ostéosynthèse, par le professeur Danis (Bruxelles) ;

2° Progrès apportés par la pénicilline en chirurgie, par sir Alexandre Fleming (Londres). Une démonstration pratique suivra la conférence ;

3° Artériographie et phlébographie par le professeur R. dos Santos (Lisbonne) ;

4° Acquisitions récentes en chirurgie artérielle, par le professeur R. Leriche (Paris) ;

5° Surgical traitment of pulmonic stenosis, par le professeur A. Blalock (Baltimore) ;

6° La méthode vaso-dilatatrice en chirurgie artérielle, par le Dr J. Diez (Buenos-Aires) ;

7° L'héparine au point de vue chirurgical, par le Dr Cl. Crafoord (Stockholm) ;

8° Données actuelles concernant les greffes cutanées et l'autoplastie, par le professeur Pomfret Kilmer (Oxford) ;

9° Résultats des interventions précoces dans les traumatismes des voies pulmonaires, par le Dr M. Bastos-Ansart (Barcelone) ;

10° Le traitement chirurgical des brûlures, par un chirurgien de l'U. R. S. S.

Un programme de réunions et un voyage d'études sont en préparation.

Le secrétaire général est M. L. Dejardin, 141, rue Belliard, à Bruxelles. Le trésorier est M. P. Lorthioir, 76, rue Faider, à Bruxelles. Le secrétaire du Congrès est M. H. W. S. Wright, 9, Weymouth Street, London, W I.

XIe CONGRES FRANÇAIS DE GYNECOLOGIE

Châtel-Guyon (31 mai au 4 juin 1947)

Le Congrès devait avoir lieu à Alger, mais par suite des difficultés de transport et de logement, on y a renoncé et il recevra l'aimable hospitalité de la station thermale de Châtel-Guyon, qui a déjà fait un excellent accueil aux délégués de la Société Française de Gynécologie lors du Congrès de la Colibacillose, en 1934.

Il sera présidé par M. F.-A. Papillon, vice-président de la Société Française de Gynécologie.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : Les annexites (de la gonococcie, de la puerpéralité et de la colibacillose ; la tuberculose étant exclue).

Rapporteur général : M. le professeur agrégé Massé (de Bordeaux).

Dix rapports seront présentés :

I. — Etiologie et pathogénie des annexites : MM. Ezes et Gares (Alger).

II. — Anatomie pathologique des salpingo-ovarites : M. P. Isidor (Saint-Germain-en-Laye).

III. — Etude clinique et diagnostic des annexites : MM. Bonafos et E. Lalfont (Alger).

IV. — L'hystéro-salpingographie et l'insufflation dans le diagnostic des salpingites chroniques : M. Jean Dalsace (Paris).

V. — Les complications : M. R. Bourg (Bruxelles) et Tingaud (Bordeaux).

VI. — Annexites et puerpéralité : MM. Houel et Jahier (Alger).

VII. — Le traitement médical des annexites : M. Traissac (Bordeaux).

VIII. — Le traitement physiothérapique : M. J.-E. Marcel (Paris).

IX. — Le traitement hydrominéral : MM. Yves Canel (Luxeuil) et P. Neumand (Salins-du-Jura).

X. — Le traitement chirurgical : M. Lucien Massé (Bordeaux).

Des réceptions, fêtes et excursions dans le Massif Central et ses diverses stations thermales auront lieu à l'occasion du Congrès.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser à M. Maurice Fabre, secrétaire général de la Société Française de Gynécologie, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).

Cours libre

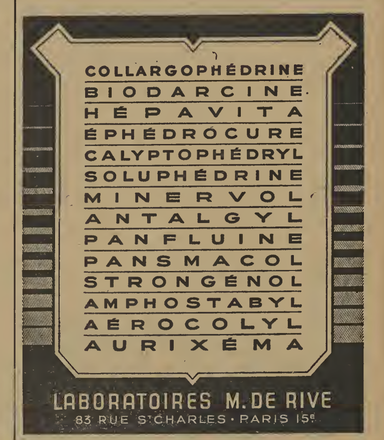
Le Dr Jean Albert-Weil, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Strasbourg fera cette année, comme l'année dernière, un cours libre sur **Problèmes modernes de Pathologie interne, de Pathogénie, de Thérapeutique et de Médecine Psycho-Somatique.**

Ce cours aura lieu cette année à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente (angle rue Danton), salle G et commencera le mardi 11 février 1947, à 18 heures. Il se continuera le mardi de chaque semaine à la même heure. Le cours est gratuit et ouvert à tous les docteurs et étudiants en médecine désirant y assister.

Un programme détaillé des leçons est à la disposition des personnes qui en feront la demande. Téléphoner l'après-midi : Pereire 59-98.




Vitamine B1 cristallisée
bévitine
Solution injectable : ampoules de 1cc à 0g002 et à 0g01 (BOITES DE 5)
Comprimés dosés à 0g005 (TUBES DE 20)
POLYNÉVRITES
BÉRIBÉRIQUES
INFECTIEUSES
TOXIQUES
GRAVIDIQUES
NÉVRALGIES & NÉVRITES
Injections sous-cutanées
intramusculaires
ou intraveineuses
TROUBLES DU MÉTABOLISME DES HYDRATES DE CARBONE
PARÉSIES INTESTINALES
Traitement par voie buccale
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE
SPECIA
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · (8e)


COLLARGOPHÉDRINE
BIODARCINE
HÉPAVITA
ÉPHÉDROCURE
CALYPTOPHÉDRYL
SOLUPHÉDRINE
MINERVOL
ANTALGYL
PANFLUINE
PANSMACOL
STRONGÉNOL
AMPHOSTABYL
AÉROCOLYL
AURIXÉMA
LABORATOIRES M. DE RIVE
83 RUE St CHARLES · PARIS 15e

De l'étude simultanée de divers états allergiques

par MM. Warembourg et Goudemand

Déjà de très nombreux travaux ont montré combien était relative la notion de la spécificité des diverses réactions allergiques.

Il a été prouvé très souvent que les réactions à tel produit microbien pouvaient exister en dehors de l'infection microbienne correspondante et manquer au cours de la même infection.

Ceci est vrai pour tous les états allergiques et même pour l'allergie tuberculinique qui reste cependant une des plus spécifiques.

Dans le but de vérifier ces faits, nous avons pratiqué la recherche de l'allergie tuberculinique et de l'allergie gonococcique simultanément chez les mêmes sujets.

Nous avons en même temps utilisé un autre allergène non spécifique en l'occurence, le sérum de Cheval.

Si l'allergie est un phénomène étroitement spécifique, nous sommes en mesure d'attendre des résultats absolument discordants non superposables.

Or, voici ce que nous avons obtenu chez soixante-douze malades du service de Médecine de la Charité en pratiquant de façon simultanée trois cuti-réactions à quelques centimètres de distance au même bras en peau saine. Nos trois allergènes étaient la tuberculine brute de l'Institut Pasteur, le vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur (suspension de ce sérum physiologique de plusieurs souches de gonocoques tués par la chaleur) et enfin le sérum de Cheval sous forme de sérum antidiphtérique de Roux.

La technique utilisée pour ces deux dernières réactions est la même en gros que celle de la cuti-réaction tuberculinique.

Cependant le vaccin antigonococcique et le sérum de Cheval adhérant mal à la peau, il est nécessaire de dégraisser préalablement la peau à l'éther et de pratiquer la scarification au niveau de la goutte d'antigène préalablement déposée sur la peau. Les cuti-réactions positives se traduisent par l'apparition d'une papule dermique moins volumineuse que celle provoquée par la tuberculine, aussi faut-il considérer comme positive toute réaction papuleuse perceptible au toucher. Cette cuti-réaction présentant un maximum de netteté entre 12 et 24 heures, la lecture se fera donc 24 heures après alors qu'il faut 48 heures pour interpréter les réactions tuberculiniques.

Nous avons observé :

1° *Chez 63 sujets à cuti positives à la tuberculine :*

47 cuti-réactions positives au vaccin antigonococcique, soit 75 %;

16 cuti-réactions négatives au vaccin antigonococcique, soit 25 % ;

Alors que chez 9 sujets à cuti-réactions négatives à la tuberculine, il y a :

2 cuti-réactions positives au vaccin antigonococcique, soit 22 % ;

Et 7 cuti-réactions négatives au vaccin antigonococcique, soit 78 %.

Ainsi donc les réactions au vaccin antigonococcique apparaissent à peu près exclusivement chez les sujets qui réagissent à la tuberculine et ceux qui ne sont pas allergiques à la tuberculine ne le sont pas — sauf exceptions — aux gonocoques tués.

Il existe donc une concordance étroite entre les sensibilités aux deux antigènes considérés à cette différence près que le vaccin antigonococcique possède une valeur antigène plus faible que la tuberculine et qu'il donne de ce fait des réactions moins fréquentes et moins intenses.

2° *De la même façon :*

Chez 63 sujets à cuti-réactions positives à la tuberculine :

Il y en a 26 à cuti-réactions positives au sérum de cheval, soit 40 % ;

Et 37 à cuti-réactions négatives au sérum, soit 60 % ;

Alors que :

Chez 9 sujets à cuti-réactions négatives à la tuberculine :

Il y en a 7 à cuti-réactions positives au sérum, soit 11 % ;

Et 8 à cuti-réactions négatives au sérum, soit 89 %.

Ce qui montre que les sujets réagissent peu au sérum de cheval, mais aussi que les cuti-réactions positives au sérum ne s'obtiennent pratiquement que chez les sujets à cuti-réaction tuberculinique positive, de même que les cuti-réactions au sérum sont négatives chez les sujets ne réagissant pas à la tuberculine.

Et si enfin l'on compare les cuti-réactions aux gonocoques tués et au sérum, on trouve sur *48 cas de cuti-réactions positives au vaccin antigonococcique.*

27 cuti-réactions positives au sérum de Cheval, soit 55 % ;

21 cuti-réactions négatives au sérum, soit 44 %

et sur 23 cas de cuti-réactions négatives au vaccin :

23 cuti-réactions négatives au sérum, soit 100 %.

Ici encore les résultats concordent à cela près que la sensibilité au sérum de Cheval est moindre que celle au vaccin antigonococcique. Mais les réactions évoluent de façon parallèle.

4° Il existe donc une véritable *échelle de valeurs antigéniques* des trois produits considérés. La tuberculine étant plus active que le vaccin antigonococcique, celui-ci étant lui-même plus actif que le sérum de Cheval.

L'extrême concordance des résultats obtenus qui fait qu'il n'y a pas de réaction au sérum sans réaction au vaccin antigonococcique et qu'il y a très peu de réaction au vaccin sans réaction à la tuberculine semble démontrer que la peau est douée d'une *hypersensibilité globale* aux trois antigènes.

Une fois cette hypersensibilité développée, tous les antigènes font apparaître une réaction cutanée dont l'intensité sera facteur de l'activité antigénique propre du produit utilisé.

De même nous avons montré ailleurs que les maladies infectieuses provoquaient une anergie elle-même globale avec suspension simultanée des réactions allergiques à la tuberculine, aux gonocoques tués et au sérum de Cheval.

Ainsi donc ne faudrait-il pas substituer à la notion étroite de la sensibilisation spécifique à tel ou tel allergène celle d'une hypersensibilité globale — non spécifique — de l'organisme aux protéines étrangères en général et aux produits microbiens en particulier ? Dans ce cas, quel serait le rôle exact de l'infection tuberculeuse dans l'apparition d'un tel état qui serait assez comparable au phénomène de Schwartzmann ?

Autant de questions que posent, sans prétendre y répondre, ces quelques faits encore bien isolés et bien incomplets.

(Travail de la Clinique Médicale et Phtisiologique de la Faculté de Médecine de Lille. Professeur : Jean Minet.)

Cénesthesie et anesthésie

par R. Benon
Ex-Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes

La cénesthésie ou sensibilité générale est considérée, en fait, par les psychologues et les psychopathologistes comme un sixième sens : les phénomènes de perception auxquels elle donne lieu sont incontestablement particuliers. La cénesthésie est définie ou mieux interprétée faussement, semble-t-il, par quelques auteurs : nous en discuterons dans cette causerie clinique. Il n'est pas douteux que la cénésthésie a des relations avec l'asthénie, état musculaire et psychique. En outre elle fait évoquer le syndrome de Cotard, propre d'ordinaire aux mélancoliques chroniques, mentionné par Galien en une note brève.

La Cénesthésie — Définition

M. J. Tastevin dit de la cénesthésie (1913) : « Dans sa signification la plus logique et la plus ancienne, la cénesthésie désigne l'ensemble des sensations faibles mais innombrables, qui, localisées aux multiples parties de notre corps, nous donnent à tout instant le sentiment de notre existence. » C'est la définition de Reil (1759-1913), dans le dictionnaire de médecine de Mysten : cénesthésie, « espèce de sentiment vague que nous avons de notre être, indépendant du concours des sens... Notion de notre existence fournie par l'ensemble des sensations que nous éprouvons en un moment donné et se succédant tantôt sur un mode, tantôt sur un autre, tantôt agréable, tantôt pénible ». C'est la définition de Henle (1809-1885) : la cénesthésie est « la somme, le chaos non débrouillé des sensations qui, de tous les points du corps, sont transmises au sensorium ». Les dictionnaires modernes disent de la cénesthésie : « ensemble de sensations vagues qui conduisent à la notion de notre propre existence...., et à cette déduction que nous sommes distincts des choses extérieures ». Des auteurs récents ont fait quelque peu dévier cette notion en disant que la cénesthésie était conditionnée par la série des sensations internes qui résultent du jeu de nos divers organes, organes digestifs, respiratoires, ciculatoires, etc., d'autres déclarent que la cénesthésie a pour appareil nerveux le sympathique dont elle serait la conscience (?).

Activité vitale

On a dit que l'activité vitale comprenait l'activité musculaire, l'activité intellectuelle, l'activité organique. La cénesthésie (c'était l'opinion de notre aimable et libéral maître Gilbert Ballet et de Lévy-Valensi, son élève) serait produite par l'activité organique, d'où des sensations viscérales. Mais quelle est, dans la cénesthésie, la part contributive de chaque organe ? Il est difficile de la préciser. Quel rôle joue le tube digestif, le foie, le pancréas, les reins, etc., dans la cénesthésie ? Tastevin note : « Si, les yeux fermés (nous) pensons au lieu où est notre foie, ensuite... au côté opposé et (si nous) comparons les deux impressions, nous ne découvrons aucune différence. Le foie est pourtant un organe énorme ; il est vraisemblable que s'il intervenait notablement dans la cénesthésie, nous nous apercevrions d'une dissymétrie dans le sentiment que nous avons des parties droite et gauche de notre abdomen. Rien, dans l'observation directe, n'autorise donc à faire jouer un rôle au foie dans le sentiment du corps. On peut en dire autant des reins, du pancréas, de la rate ».

Activité musculaire

Il est difficile d'admettre que les variations dans l'activité si grande des viscères se traduisent par des variations de la cénesthésie, puisque cette activité qui n'est pas identique aux diverses heures de la journée, ne nous fait découvrir dans le sentiment de notre corps aucune modification pouvant s'y rapporter. Il n'en est pas du tout de même pour l'activité musculaire qui fournit sans conteste des éléments de première importance à la cénesthésie. Et d'abord dans l'asthénie (activité musculaire ralentie), le corps est lourd, pesant ; ce sentiment de poids est pénible, il disparaît ou s'atténue considérablement dès que le malade est couché. Dans l'hypersthénie, motivée ou non (activité musculaire exaltée), le corps, au contraire, est léger, le sentiment du corps agréable. Enfin, au repos, qu'éprouve-t-on ? « Si, les yeux fermés, nous pensons à une partie quelconque de notre corps, les excitations sensitives qui à tout instant en partent, deviennent aussitôt conscientes et nous sentons cette partie de nous-mêmes. Ainsi nous sentons notre bras étendu, nos jambes croisées l'une sur l'autre (Tastevin) », etc. Le rôle de l'activité musculaire dans la cénesthésie est capital, celui de l'activité idéative est plus obscur ; celui de l'activité organique viscérale apparaît nul.

Syndrome de Cotard

Les variations de l'activité des organes ne retentissent donc pas sensiblement sur le sentiment de notre corps. Au reste, il est de nombreux exemples, avec changements profonds dans la cénesthésie, qui ne peuvent être attribués à des altérations viscérales. Le syndrome de Cotard (1880-1882) est caractéristique à cet égard. Il se développe spécialement chez des mélancoliques chroniques ayant des idées de culpabilité, des idées de damnation et de possession. On constate chez eux des idées de négation : ils ont le sentiment de ne plus avoir de poumons, de cœur, de foie, de cerveau, etc. Ils disent que leur corps est de pierre, de bois, de fer, etc. (Un malade, cité par Galien, s'imaginait être fait de coquilles et, en conséquence, il évitait les passants de peur d'être broyé) (1). S'il existait dans ces cas un rapport étroit entre la cénesthésie et l'activité des organes, ceux-ci devraient présenter des lésions. Or il n'en est rien, jusqu'ici du moins. A ces idées de négation, chez de tels malades, et à cause d'elles à peu près, certainement, s'ajoutent des idées d'immortalité et d'énormité (ils ne mourront pas et ils accompliront des actes épouvantables, des crimes effroyables).

Résumé

La cénesthésie a ses caractères sensoriels propres (sixième sens). Elle dépend en partie certainement de l'activité musculaire. L'activité intellectuelle n'est pas perçue comme sensation. Quant à l'activité viscérale, non douteuse évidemment, elle est totalement inconsciente. Des états psycho-morbides, comme le syndrome de Cotard, avec troubles profonds de la cénesthésie, avec idées de négation d'organes, ne s'accompagnent pas de lésions viscérales.

(1) On peut signaler, ici, le cas de « L'homme de verre ou de cristal ». Nouvelle de Cervantès, Le Licencié Vidriera.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 27 janvier 1947

Membres libres. — L'Académie a nommé une commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place de membre libre vacante par suite du décès de M. Louis Martin, directeur honoraire de l'Institut Pasteur.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 21 janvier 1947

Rapports sur des demandes en autorisation de sérums. — M. Bezançon, M. Fabre.

L'épilepsie réflexe provoquée. — M. André Thomas. — Divers points demeurent obscurs dans la pathogénie de la crise convulsive épileptique ; la limite est indistincte entre l'épilepsie généralisée et l'épilepsie localisée. Outre la nature et la localisation des lésions, d'autres éléments tenant à la susceptibilité constitutionnelle ou acquise du sujet semblent entrer en jeu.

Le facteur déclenchant tantôt échappe, tantôt au contraire est connu, constant. Son siège est souvent cutané ; il peut être muqueux, il peut aussi y avoir des zones épileptiques dans le cortex ou à la périphérie.

Dans un cas observé il s'agissait de crises jacksonniennes ayant pour siège principal le membre inférieur gauche. Plusieurs années avant il y avait eu un traumatisme de la région pariétale droite. Chez ce malade, même amélioré par le traitement, on pouvait avec certitude déclencher une crise par certaines excitations cutanées périphériques ; le changement de position du corps ou même seulement de la jambe donnait à la crise un aspect particulier. Il existait une lésion dans la région du lobe paracentral.

Dans un autre cas : crises convulsives, asthénie progressive avec troubles de l'attention et de la mémoire, troubles de l'équilibre, céphalée occipitale, il y avait eu, six semaines avant, un traumatisme crânien. L'évacuation chirurgicale d'un hématome allant du lobe frontal au lobe occipital fit disparaître les troubles.

On put observer de même une modification des crises provoquées suivant la position du malade.

L'épilepsie partielle, ainsi provoquée comme un réflexe, rentre parmi les phénomènes de répercussivité ; des troubles moteurs de caractère différent peuvent être provoqués de la même façon.

A propos de cinq cas d'encéphalite vaccinale. — MM. P. Rohmer, Sacrez et J.-A. Rohmer. — En juin 1946, à Strasbourg, les encéphalites vaccinales ont présenté une fréquence inaccoutumée. Cette augmentation de fréquence était produite à une époque où les encéphalites d'autre nature et les méningites lymphocytaires étaient particulièrement nombreuses.

Discussion : MM. H. Vincent, Benard, Tanon.

La diphtérie chez les vaccinés et les non-vaccinés dans une épidémie d'Alsace. — MM. P. Rohmer et Uhl. — Au cours d'une épidémie de diphtérie d'une gravité exceptionnelle il a été remarquable que parmi les sujets vaccinés les cas hospitalisés ont été treize fois moins nombreux que chez les non-vaccinés, que les formes graves ont été moins fréquentes et qu'aucun cas n'a été mortel.

Le pain visqueux. — MM. P. Rohmer et Bailly à Tanger, en saison chaude, il a été observé que certains pains, norger, en apparence à l'état de fraîcheur, se transformaient en maux quelques heures et qu'au lieu de rassir ils devenaient visqueux, malodorants et ne pouvaient être consommés par l'homme sans engendrer des troubles digestifs d'ailleurs passagers. L'étude bactériologique a permis d'attribuer cette transformation à une bactérie se rapprochant du *B. mesentericus* et peut-être à d'autres, apparentées, transportées par certaines farines et certaines levures.

L'examen et le traitement des troubles vocaux chez les écoliers de France. — MM. Terracol, Tarneaud, Boulet et Mlle Kovarsky (Présentation faite par M. Lemaitre).

Il serait désirable que les efforts individuels faits en France pour le dépistage scolaire et le traitement dans les établissements speciaux et par un personnel médical et éducateur préparé à sa tâche des troubles vocaux chez l'enfant, fussent systématisés et guidés par les spécialistes médicaux compétents. Dans divers pays les organisations créées dans ce but ont donné les meilleurs résultats.

Discussion : M. Lemaitre.

Nomination d'une Commission pour la qualification du chirurgien-dentiste. — La Commission, nommée à l'unanimité, se compose de MM. Lemaitre, Veau, Baugartner, Bénard, Verne, Chiray. A titre consultatif leur sont adjoints : MM. Dechaume, Bonnet-Roy, Housset.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 janvier 1947

Installation du bureau. — MM. Halbron, président sortant et Ameuille, président pour 1947, prononcent des allocutions.

Néphrites aiguës après absorption d'apéritifs. — MM. R. Dupuy et R. Carasso apportent deux observations de néphrites consécutives à l'absorption d'apéritifs. Dans les premiers cas il s'agissait de l'absorption de deux litres de vin cuit préparé sans macération. Les examens toxicologiques ne permirent pas de déceler la substance responsable de l'intoxication.

Etude statistique relative à 48 cas de diabétiques porteurs d'infections diverses et traités par la pénicilline. — MM. R. Boulin, P. Uhry et Pierrard relatent le bilan du traitement par la pénicilline de 48 cas de diabétiques porteurs d'infections diverses. Les résultats ont été excellents dans deux cas de furoncles, dix cas d'anthrax, cinq cas de staphylococcies malignes de la face, cinq cas de panaris, deux cas d'ecthyma gangréneux, dix cas d'abcès, six cas de gangrène infectieuse, deux cas de mastoïdite. Dix-neuf malades sur quarante-deux n'ont pas même été obligés de subir la moindre intervention chirurgicale. La technique de choix a paru être l'association d'injections locales et générales de pénicilline.

Par contre, le traitement par la pénicilline s'est montré inactif dans un cas d'abcès qui a guéri par la sulfamidothérapie, et surtout dans cinq cas de gangrène mixte artéritique et infectieuse ; cette dernière paraît être le principal échec, particulièrement regrettable, de la mycothérapie chez les diabétiques.

Agranulocytose grave due à l'aminopyrine, guérie en trois jours par la pénicilline. Reproduction expérimentale. — MM. Jean Paraf et S. Lew présentent un nouveau cas d'agranulocytose grave, avec angine et fièvre élevée due à l'aminopyrine et guérie en trois jours par injections de pénicilline. Une dose test d'aminopyrine absorbée *per os* reproduisit pour quelques heures le trouble sanguin.

Intoxication aiguë par la colchicine. MM. Layani et Mouzon.

Abcès pulmonaire gangréneux par inhalation de matières fécales. — MM. Pellan et Woillenetz (Saint-Brieuc). — Un enfant de 4 ans, tombe dans une fosse d'aisances et fait un abcès gangréneux du poumon. Guérison après traitement à la pénicilline.

Lympho-sarcome du menton. Leucémie aiguë terminale, deux ans après le début. — MM. Julien Marie, Georges Sée et Philippe Seringe. — Un enfant de six ans présentait depuis un an une tumeur du menton, dont la biopsie a montré la nature mésenchymateuse embryonnaire et qui guérit très rapidement par la radiothérapie. Trois mois après le traitement s'est développée une anémie intense à deux millions d'hématies, rapidement curable. Deux mois plus tard, des hématomes spontanés et, enfin, un grand purpura hémorragique, exagéré par l'éclosion d'une varicelle, et pendant toute cette évolution les examens du sang et de la moelle sont restés normaux. Ce n'est qu'à la période terminale, quatre mois après l'apparition des premières ecchymoses, neuf mois après le traitement radiothérapique et près de deux ans après l'apparition de la tumeur maligne que le myélogramme a révélé une leucose aiguë, restée crypto-leucémique jusqu'à la mort. Cette observation illustre à nouveau les rapports qui joignent les tumeurs conjonctives et les leucémies.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 3 janvier 1947

Un cas de tumeur rétropéritonéale chez une jeune fille. — M. Guillot. — Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, présentant une tumeur volumineuse dans la fosse iliaque droite, prise pour une tumeur solide de l'ovaire.

L'intervention montre une tumeur rétropéritonéale volumineuse, faisant corps avec les vaisseaux iliaques primitifs. Cette tumeur est extirpée partiellement. L'examen histologique révèle une tumeur de structure fibro-sarcomateuse.

A propos de ce cas, l'auteur étudie les tumeurs à point de départ nerveux et les tumeurs à point de départ vasculaire, comme dans le cas qu'il relate.

Fracture isolée d'une branche pubienne. — M. C. Roederer présente trois observations de fracture isolée d'une branche pubienne, fracture très rare dont on ne trouve que peu d'exemples dans la littérature et dont les signes sont très discrets.

En marge, il montre la radiographie d'une fracture double des branches du même côté, chez un blessé qui ignora quelque temps sa lésion et reprit son activité après quelques jours.

REUNION DES PHTISIOLOGUES DE LA REGION DU NORD

Séance de mai 1946

La glutation et l'indice glutathionémique dans la tuberculose pulmonaire. — MM. R. Legrand et A. Masure ont étudié les variations du taux de glutathion sanguin et en particulier du glutathion oxydé et du glutathion réduit dans la T. P.

Le G. O. est d'autant plus abaissé que la fonte caséeuse est plus intense, d'autant plus élevé que la réaction fibreuse est plus importante. Le G. R. s'élève d'autant plus que l'anoxhémie est plus grave.

L'étude des variations de quotient $\frac{\text{G. O.}}{\text{G. R.}}$ (indice glutathionémique) paraît avoir une valeur pronostique particulièrement intéressante.

Cet indice est toujours supérieur à la normale (0,60) chez les fibreux purs, un peu abaissé chez les fibro-caséeux, très abaissé et quelquefois nul chez les ulcéro-caséeux.

L'établissement d'une courbe de l'indice présente une valeur pronostique certaine.

La constatation d'un indice nettement abaissé en cas de pleurésie séro-fibrineuse semble permettre de prévoir l'existence d'une lésion paremchymateuse sous-jacente.

A propos du pneumopéritoine chez les tuberculeux : présentation de clichés. — M. S. Belbenoit. — Après un bref historique des diverses fortunes du pneumopéritoine depuis le premier essai de Mosetic-Moorhof en 1893, et sans vouloir apporter dans cette présentation de films les résultats d'ensemble de ses observations depuis 1941, l'auteur aborde tour à tour la séméiologie radiologique du pneumopéritoine et les brillants résultats collapsothérapiques de l'association pneumopéritoine-phrénicectomie. L'exposé comporte ensuite la présentation de clichés de pneumopéritoine d'indications thérapeutiques diverses en dehors de la collapsothérapie.

Dans la première partie de la présentation, on étudie successivement l'aspect habituel du pneumopéritoine isolé, des associations diverses avec le pneumopéritoine unilatéral ou bilatéral, avec les interventions sur le nerf phrénique. Sont ensuite étudiés les aspects particuliers en rapport avec l'existence de processus adhérentiels, les images obtenues par insufflation épiploïque accidentelle, etc.

La seconde partie de la communication est consacrée aux très beaux résultats du pneumopéritoine associé à la phrénicectomie dont il augmente beaucoup, en général, l'effet mécanique. Plusieurs séries de clichés démonstratifs sur cette indication à présent classique permettent d'apprécier des résultats éloignés complets ou encore la valeur d'attente d'une telle collapsothérapie rendant possible une thoracoplastie ultérieure. Un dernière série de clichés, dans une indication similaire, montre comment les adhérences sous-diaphragmatiques peuvent rendre le pneumopéritoine inefficace.

L'auteur insiste particulièrement sur la méthode des calques radiographiques superposés qui permet de figurer sur un seul graphique les situations successives des hémidaphragmes et de préciser par des mensurations ce qui revient en propre à la phrénicectomie, au pneumopéritoine, à la viscéroptose.

De telles radiographies particulièrement démonstratives de l'action mécanique du pneumopéritoine ne doivent pas faire oublier les indications non collapsothérapiques, c'est-à-dire essentiellement les manifestations abdominales tuberculeuses. Il s'agit là d'un domaine moins connu, peu exploré en France, sans doute parce que le mécanisme de l'action thérapeutique est obscur et que l'étude objective des résultats, échappent au test de la radiographie thoracique, est difficile.

Il convient également de signaler la valeur des renseignements apportés au phtisiologue par l'insufflation péritonéale combinée à la radiologie et à l'endoscopie en laissant de côté ici le sujet plus vaste du pneumopéritoine, méthode générale d'exploration médicale de l'abdomen en dehors de la tuberculose.

Etat actuel du taux du phosphore lipidique sérique chez les tuberculeux pulmonaires. — MM. H. Warembourg et M. Fontan. — Poursuivant leurs séries d'exploration du taux de phosphore lipidique chez les bacillaires, Warembourg et Fontan ont trouvé en 1946 un taux moyen de 66,04 mmgr. par litre, fort voisin des 68 mmgr. des individus normaux en 1924. La reprise d'un apport suffisant en aliments lécithinogènes leur semble expliquer ce rétablissement.

Déformations de l'ombre cardiaque chez les tuberculeux. —MM. Jean Minet, Fontan et Goudemand présentent une série de radiographies montrant diverses déformations de l'ombre cardiaque chez des tuberculeux pulmonaires.

Certaines de ces déformations seraient facilement considérées comme symptomatiques d'une lésion du cœur, si la notion de rétractilité pulmonaire et d'adhérences pleuro-péricardiques n'en mettait la cause en évidence.

Deux cas de cancer pulmonaire abcédé. — MM. Razemon, Coupain et Delvas rapportent deux cas de cancers pulmonaires suppurés, pris pour des abcès parenchymateux et traités comme tels par pneumotomie. Dans l'un et l'autre cas, c'est l'examen des bourgeons prélevés au cours de l'opération ou du pansement qui fit reconnaître l'origine maligne de la lésion. Les auteurs insistent à ce propos sur la difficulté du diagnostic des cancers secondairement abcédés et ils soulignent aussi celle du traitement. Il est pourtant indispensable de reconnaître la véritable nature de l'affection avant la pneumotomie si l'on veut en tenter l'exérèse primitive, seule thérapeutique utile possible. Jusqu'ici, en effet, l'ablation secondaire, après son ouverture à la paroi, d'un cancer infecté a toujours été rendue impossible par l'extension rapide de la lésion.

Pénicillothérapie des pyopneumothorax tuberculeux. — MM. Lacombe, Schouller, Chemin et Roche rapportent sept observations de pénicillothérapie des pyopneumothorax tuberculeux :

Quatre pyopneumothorax infectants dont un extra-pleural ;

Trois vieux pyothorax simples.

Les auteurs ont utilisé la pénicillothérapie intrapleurale seule, sans pénicillothérapie générale, à raison de 20.000 à 50.000 unités tous les deux jours.

Ils arrivent aux conclusions suivantes :

1° Le succès a été complet dans les pyopneumothorax infectés par un seul germe, lequel était pénicillo-sensible ;

2° L'amélioration a été très nette avec stérilisation du pus dans les pyothorax avec germes pénicillo-sensibles, associés à des pénicillo-résistants. Toutefois l'assèchement de la cavité pleurale n'a pas été obtenu ;

3° L'amélioration a été très nette également dans les pyothorax à germes pénicillo-résistants mais avec sulfamidothérapie associée (soludagénan et solu-fontamine) ;

4° Deux pleurésies purulentes tuberculeuses avec infection microbienne associée ont été transformées en abcès froids simples ;

5° Comme l'indique M. Ch. Gernez dans son rapport à la Société de Médecine du Nord en octobre 1945, il y aurait intérêt à « suivre attentivement par des dosages biologiques en série le maintien dans les humeurs ou les séreuses du taux de pénicilline nécessaire à la bactériostase » de façon à utiliser la dose optima de pénicilline et le rythme optimum des injections.

Du danger de continuer trop longtemps les pneumothorax artificiels. — MM. Lacombe et Roche rappellent, à la suite de nombreux auteurs, les accidents variés auxquels s'exposent les porteurs de pneumothorax intrapleuraux trop anciens et rapportent deux observations de pyopneumothorax graves survenus, l'un sept ans après la création du pneumothorax, l'autre huit ans.

Ils estiment qu'il est tout à fait inutile et même dangereux de continuer l'entretien des pneumothorax au delà de la limite fixée par Rist et Véran, c'est-à-dire quatre ans environ à partir du moment où l'efficacité clinique, bactériologique et radiologique a été obtenue.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

L'assemblée générale du 16 janvier a procédé à l'élection du bureau pour 1947. Ont été élus :

Président : M. le médecin général inspecteur Jame.

Vice-présidents : MM. le médecin général inspecteur Gay-Bonnet (armée de terre) ; M. le médecin général de 1re classe Oudard (marine) ; M. le médecin général inspecteur Lecomte (colonies) ; M. le médecin général Clerc (air) ; M. le pharmacien général Massy.

Secrétaire général : M. le médecin lieutenant-colonel Trial.

Secrétaire général adjoint : M. le médecin commandant Collin.

Secrétaires des séances : M. le médecin capitaine Merle ; M. le médecin commandant Bernard (air) ; M. le médecin principal Mevel (marine).

Trésorier : M. le médecin colonel Poy.

PRATIQUE MÉDICALE

Le traitement du zona par les sulfamides

Dans une récente communication à la *Société de Médecine de Paris* (séance du 29 juin 1946, in *Bull. et Mémoires de la Soc. de Méd. de Paris*, n° 7, juillet 1946, p. 119), M. A. Legrand a fait connaître les intéressants résultats qu'il a obtenus en employant les sulfamides dans le zona. Les résultats concordent avec ce que l'on sait de l'activité des sulfamides vis-à-vis des maladies à virus filtrant.

Le traitement s'adresse dans le zona à l'érythème, à l'éruption vésiculeuse et aux névralgies zostériennes.

« Les lésions cutanées traitées, dès le début, par une pommade à la sulfathio-urée à 8 p. 100 cèdent rapidement : à la sensation de brûlure, au prurit succède une sensation agréable de fraîcheur. Deux applications par jour pendant 8 à 10 jours suffisent pour guérir l'éruption sans laisser de traces.

Quant aux névralgies, et c'est là le point le plus intéressant, elles cessent dès l'administration des sulfamides, sulfapyridine ou sulfathiazol pour ne plus jamais reparaître.

La sulfamide, dans ce cas, se montre non seulement supérieure à tous les antalgiques, mais elle agit sur le virus filtrant qui est à l'origine de cette affection, en neutralise la toxine et ses effets sur les nerfs intéressés.

Les malades chez lesquels la survivance des névralgies dépasse souvent une année ne réagissent pas à la médication sulfamidée. Toutefois, on peut affirmer qu'une lésion qui ne remonte pas à plus de deux mois et, par conséquent, qui est encore sous la dépendance du virus, réagit parfaitement aux sulfamides.

Si chez les anciens malades la sulfamide est inefficace, il faut interpréter cet échec en admettant une lésion anatomo-pathologique qui intéresse les filets nerveux et n'a plus aucun rapport avec l'affection prise au début en pleine activité du virus. »

ANALYSES

L'hémorragie de l'ulcère du diverticule de Meckel (une variété d'hémorragie intestinale qu'il faut connaître). — M. GIRARD (Lyon), *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, tome CXVII, octobre 1946, pp. 179-189.

A la suite de deux observations personnelles, l'auteur donne une description d'ensemble de l'affection. L'hémorragie, d'ordinaire abondante, est due à la rupture d'une artère au fond d'un ulcère. Elle se reproduit de manière intermittente et d'abondance très variable. Le plus souvent elle survient sans aucune cause précise. Cette hémorragie solitaire présente une grande importance.

Un autre caractère important est l'âge des sujets : sur 150 cas que l'auteur a pu réunir, 130, soit 86.6 %, étaient des enfants ou adolescents au-dessous de 20 ans, et il y a quatre fois et demie plus de garçons que de filles.

L'hémorragie se présente sous la forme de melæna, de sang rouge ou d'un caillot noirâtre enrobé de sang frais. Son abondance est très variable.

La douleur peut manquer dans 20 % des cas. Quand elle existe, elle est le plus souvent sourde, rarement très violente. L'hémorragie peut précéder, accompagner ou suivre la douleur. L'hémorragie abondante s'accompagne des symptômes généraux habituels de l'hémorragie viscérale.

Dans l'immense majorité des cas les hémorragies se répètent par crises et la terminaison est d'ordinaire une perforation du diverticule. Sur les 150 cas réunis, soixante-deux fois il y a eu perforation et seulement vingt fois la perforation a eu lieu sans hémorragie.

Chez l'enfant et l'adolescent la présence d'une hémorragie intestinale survenant sans cause doit, même en absence de toute douleur, faire penser à un ulcère du diverticule de Meckel. Il y aura lieu d'éliminer les causes générales (hémogénie, splénopathies, cirrhoses) et surtout locales (lésions rectales, invagination intestinale, rectocolite ulcéreuse hémorragique, ulcère gastroduodénal, malformations coliques congénitales, tuberculose intestinale). Chez l'adulte, il faut surtout éliminer les ulcères et tumeurs du tube digestif et les affections hépato-spléniques. Les hémorragies dites essentielles, cryptogénétiques ne peuvent être attribuées à un ulcère du diverticule de Meckel qui a sa symptomatologie propre.

Le seul traitement, lorsque le diagnostic est rendu vraisemblable, est la laparotomie exploratrice avec excision du diverticule et en cas de perforation le plus souvent résection intestinale.

M. L.

Cf. — Les hémorragies intestinales par ulcère du diverticule de Meckel. R. ROSSIGNOL, thèse Lyon 1945, étude détaillée contenant les références bibliographiques.

Les tumeurs bénignes du sein et leur cancérisation. Etude expérimentale. — G. ROUSSY et M. GUÉRIN. *Annales de médecine*, tome 47, 1946, n° 1, pp. 26-47, 10 fig.

Les néoformations mammaires du type fibro-adénome sont fréquentes chez la femme. Il en est de même chez les animaux, chez la chienne où l'on observe sa transformation sarcomateuse ou épithéliomateuse. G. Roussy, Ch. Oberling et P. Guérin ont repris l'étude de ces tumeurs à l'Institut du Cancer de l'Université de Paris chez la rate. Sur un élevage de 1.200 rats, 489 ont présenté des tumeurs spontanées dont 87 fibro-adénomes. La dégénérescence maligne de ces tumeurs spontanées est rare (1 seul cas d'épithélioma avec métastases ganglionnaires et pulmonaire). C'est la greffe avec passages successifs qui a permis d'étudier la cancérisation de ces tumeurs bénignes. Selon les souches on a obtenu ainsi des résultats positifs dans 10 % à 80% des cas, globalement 30 %. La transformation sarcomateuse est de beaucoup la plus fréquente. Elle peut survenir dès les premiers passages ou au contraire tardivement, s'effectuer brusquement, ou au contraire par modifications successives. Les variétés histologiques sont nombreuses. Comme on n'a pas signalé de métastase dans ces cas on pourrait mettre en doute leur nature sarcomateuse, mais celle-ci est affirmée par les images histologiques, par leur rapidité d'évolution et par le fait qu'ils sont greffables en série.

La transformation épithéliomateuse est beaucoup plus rare. Les auteurs ont observé un cas d'épithélioma glandulaire et trois cas d'épithéliomas malpighiens.

Le mécanisme de la cancérisation des tumeurs bénignes reste obscur. Des auteurs rejettent d'action possible de traumatismes répétés ou opératoires. Il en est de même de l'ovaire : la castration opératoire n'a eu qu'une action d'arrêt momentané ; ni la ménopause, ni le cycle œstral n'influencent ces tumeurs. Il en est de même de la folliculine, du corps jaune, de l'hormone hypophysaire, de l'hormone sexuelle mâle.

Un seul facteur se dégage de ces recherches : le facteur temps, la longueur de la durée d'évolution de la tumeur. C'est aussi ce que l'on observe sur l'adénome du sein chez la femme : la transformation sarcomateuse survient après de longues années. Elle semble une réaction proliférative tissulaire.

M. L.

La pratique du traitement de la blennorragie par la pénicilline. A. SCHOCH. *Therapeutische Umschau* (Berne), janvier 1945.

28 malades ont été traités, dont 17 atteints de façon aiguë et parfois avec des complications (prostatite, épididymite, cystite, abcès para-uréthraux, salpingite). 3 d'entre eux avaient déjà eu des blennorragies. 17 avaient été traités par les sulfamides, sans succès. Les malades ont reçu en tout 100.000 U. O. à raison d'une injection de 25.000 U. O. toutes les trois heures, par voie intramusculaire.

20 d'entre eux ont été guéris en 24 heures, un a résisté au traitement, un a eu une rechute.

Aucune réaction au traitement, sauf une légère et brève réaction locale durant quelques minutes. Les gonocoques se raréfient dès la troisième heure ou même disparaissent ; l'écoulement purulent disparaît. Pendant quelques jours subsiste un suintement muqueux.

Les insuccès correspondent en général à des formes longtemps latentes ou tardivement traitées. Des épreuves de contrôle soigneuses et fréquentes sont nécessaires.

Ne pas tomber à des doses de 50 ou 60.000 U. O. totales insuffisantes et propres à engendrer la pénicillo-résistance. 100.000 U. O. sont un minimum nécessaire ; dans les cas résistants, administrer d'emblée 150 ou 200.000 U. O.

Le pourcentage de succès ne dépasse cependant jamais 95 %. Certains gonocoques sont, malgré la nouveauté de la méthode, déjà pénicillo-résistants, peut-être surtout dans des pays où la pénicilline est employée depuis plus longtemps. La sulfamido-résistance du gonocoque semble de plus en plus fréquente.

R. L.

Le traitement des polyarthrites rhumatismales de l'adulte par le lait et les doses massives de vitamines C et D². M. H. THIERS (Lyon), *Archives de rhumatologie* tome VI, 1945-1946, n° 5.

Depuis deux années, l'auteur a institué un traitement des polyarthrites rhumatismales dans lequel il remplace le calcium par 1/2 litre de lait en nature et, dans le premier mois, 10 à 20 gr. de vitamine C en injection intraveineuse et 15 mg. de vitamine D² tous les deux ou trois jours. Dans le deuxième mois, 20 injections de 0 gr. 10 d'acide ascorbique et tous les trois jours, 15 mg. de vitamine D². Le troisième mois, toute vitamine est supprimée et, s'il est utile, on prend le traitement aux sels d'or ou de cuivre. Cette médication a donné des résultats excellents dans l'ostéomalacie, le syndrome de Kummell-Verneuil, les douleurs de la maladie de Paget, l'évolution des ostéo-arthrites tuberculeuses, mais surtout dans la polyarthrite déformante. Au stade initial les douleurs et les poussées fluxionnaires cèdent vers le vingtième ou le trentième jour. Au stade des déformations douloureuses on obtient une action sédative sur les douleurs. Dans la spondylose rhizomélique les résultats, bien qu'appréciables, sont moindres.

Au cours de la discussion MM. de Traverse et J. Forestier mettent en garde contre les accidents résultant de l'emploi prolongé de la vitamine D² à dose massive, accidents signalés aussi récemment à la Société de Pédiatrie par le professeur Debré.

M. L.

Luxations et subluxations congénitales de la hanche. Leur traitement basé sur l'arthrographie, par Jacques LEVEUF et Pierre BERTRAND. Un vol. grand in-8, 285 pages avec 276 radios ou fig. G. Doin et Cie, éditeurs.

Ce livre, fruit d'un labeur de douze années, était attendu depuis longtemps ! Il confirme l'avènement d'une époque nouvelle dans le traitement de la luxation et de la subluxation congénitale

de la hanche par l'introduction à titre de diagnostic des indications thérapeutiques de l'arthrographie. Le traitement orthopédique de ces malformations ne donne de résultats satisfaisants et durables que dans un pourcentage limité de cas. Il en est ainsi si on n'emploie comme moyen de diagnostic et de contrôle que la radiographie. Celle-ci ne montre que les os et laisse de côté les déformations et déplacements du fibrocartilage, de la capsule, du ligament rond. L'emploi de l'injection avant la réduction permet de faire le départ entre les luxations qui peuvent être traitées orthopédiquement et celles qui, d'emblée, sont justiciables de l'intervention sanglante. Après réduction, le contrôle de l'arthrographie permet de vérifier si la réduction est parfaite et s'il ne subsiste pas un obstacle que seule la réduction sanglante peut lever.

C'est grâce à l'emploi rigoureux de cette méthode que le professeur Leveuf arrive aux conclusions suivantes : La réduction sanglante primitive s'impose dans près de 75 % des luxations congénitales.

Chez les enfants jeunes (18 mois à 3 ans) chez lesquels l'arthrographie décèle l'échec de la réduction orthopédique, l'opération sanglante ne révèle qu'une interposition des parties molles : interposition capsulaire ou du limbus, hypertrophie capsulaire ou du ligament rond. Ces obstacles enlevés, la stabilité de la réduction est obtenue. Dans quelques cas seulement de luxations hautes pour obtenir une congruence des surfaces articulaires, on est obligé de creuser le cotyle à sa partie inférieure. Chez les enfants âgés n'ayant jamais été traités l'opération de Zaradnicek avec raccourcissement du fémur à la demande, permet toujours une réduction satisfaisante. S'il existe un valgus et une antitorsion secondaire importante du col, une résection trapézoïdale de la base du col y remédicra. Les reluxations après réduction orthopédique sont dues d'ordinaire à une interposition capsulaire. L'opération sanglante permettra de la supprimer, d'effectuer le relèvement du limbus, le raccourcissement de la capsule. Parfois le creusement de la partie inférieure du cotylé est nécessaire à la coaptation de la tête fémorale.

Les subluxations résiduelles de la réduction orthopédique sont passibles des mêmes données, mais il est le plus souvent nécessaire de compléter l'intervention par une recontitution du toit du cotyle par abaissement de son rebord.

Quant aux subluxations primitives, l'étude arthrographique et les constatations faites au cours des opérations ont montré que les lésions différaient de celles de la luxation : le limbus au lieu d'être hypertrophié et refoulé dans le cotyle, est atrophié et refoulé entrant dans la fosse iliaque externe ; le cotyle est ovalisé par aplasie du toit, la tête fémorale souvent hypertrophiée et le col redressé et en antitorsion. Le centrage de la tête doit donc être obtenu par une résection trapézoïdale de la base du col et le toit du cotyle reconstitué par abaissement.

« Tout nous conduit, dit l'auteur, à espérer que cette chirurgie reconstructrice dans la subluxation de la hanche, représente une véritable chirurgie préventive contre les lésions d'arthrite déformante. »

En fermant ce livre, on a la conviction que l'arthrographie, si bien mise au point par Pierre Bertrand, constitue un gros progrès dans la conduite du traitement des luxations et subluxations congénitales de l'enfant. Les déductions chirurgicales qu'en a tirées le professeur Leveuf sont logiques et les résultats immédiats sont là pour prouver leur bien fondé. Il reste à attendre le recul du temps pour juger des résultats éloignés de ces interventions. Rien n'empêche d'espérer qu'ils se montreront excellents.

Il faut louer hautement l'énergie et le courage du professeur Leveuf dans cette campagne entreprise contre les échecs de la réduction orthopédique. Les interventions sanglantes qu'il pratiquait ont entraîné une mortalité élevée par choc opératoire Avec ténacité il a lutté contre le choc et maintenant, au moyen de la perfusion jointe à l'emploi de l'adrénaline à la demande, la mortalité opératoire a complètement disparu. Depuis que cette méthode a été employée, plus de 200 opérations sanglantes sur la hanche ont été exécutées sans un seul décès.

M. L.

Enseignements de l'étude expérimentale des leucémies. — M. Y. Poursines. *Marseille-Médical*, 5 juillet 1946.

Les recherches entreprises sur la pathogénie des leucémies montrent que la leucémie spontanée peut se transmettre d'un animal malade à un animal sain. Chez les mammifères, c'est uniquement par voie de greffe ; chez les oiseaux également par greffe mais au moyen d'injections de sang privé de ses cellules par filtration ; l'agent séparable ainsi des cellules se rapprocherait donc d'un ultra-virus ; d'autres parmi ses caractères s'accordent avec une telle hypothèse. La greffe est favorisée ou conditionnée par un certain nombre de facteurs ; elle implique évidemment l'unicité d'espèce entre animaux de passage; elle réussit d'autant mieux que ceux-ci font partie d'une même lignée ; il y a donc un facteur génétique familial.

Les agents extrinsèques n'ont jamais à eux seuls provoqué de véritable leucémie. Mais les agents cancérigènes provoquent des bouleversements sanguins parfois irréversibles et comparables à la leucémie. De telles modifications ne sont jamais isolées et semblent étroitement liées au développement du cancer.

Le mécanisme pathogénique pourrait être un trouble primordial atteignant la genèse de la cellule hématopoïétique libre et non celle de la cellule de la trame. La cellule hémopoïétique se reproduirait indéfiniment et pourrait coloniser comme la celule cancéreuse.

R. L.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

4 décembre. — Asseraf. — Fonctionnement de la Maternité de Baudelocque.
Le Clesiau. — Traitement sulfamido-pénicillé.
Courtenay-Mayers. — Splénopathies neutropéniques.

5 décembre. — M. Dupuis. — Emploi de la pénicilline en O. R. L.
M. Benec'h. — Syndrome sympathique original.
Mlle Blattard. — Emotion et troubles toniques.
M. Pavret. — Cancer primitif duodéno-jéjunal.

11 décembre. — M. Laurent. — Absorption de l'Insuline par voie digestive.
M. Merle. — Angiomatose vertébrale.
M. Texier. — Médecine sans les essais de Montaigne.
M. Lang. — Narcissisme et syndromes d'infatuation.
M. Sal. — Pénicilline dans le traitement de l'actinomycose.
M. Schweisguth. — Epithéliomatose respiratoire.
M. Pigaux. — Le placenta bas inséré.
M. Champlon. — Tumeur maligne primitive du jéjuno-iléon.
M. Le Roy. — Etude physio-pathologique de la glande pinéale.
M. Bouquet des Chaux. — Un cas d'agranulocytose.
M. Tobie. — Septicémie à bacilles de Pfeiffer.
M. Netry. — Méthode de Kenny.
M. Genty. — Tuberculose de l'enfant.
M. Flin. — Syndrome de Chauffard-Still.
M. Lemoine. — Traitement de la tuberculose pulmonaire.
12 décembre. — M. Cormanschi. — Uveite récidivante à hypopion.
M. Charollais. — Ulcères gastro-duodénaux.
M. Chitron. — Plantes à rotenone.
M. Fraisier. — Pénicilinothérapie des méningites.
M. Alt. — Typhus dans un camp de prisoniers.

8 janvier. — M. Alcan. — Anévrisme pariétal postérieur du cœur.
Mme Mowszowicz. — Erysipèle des enfants.
M. Steiner. — Méningite à bacille de Pfeiffer.
M. Levin. — Thrombo-phlébites.
M. Bouget. — Maternité de l'Hôtel-Dieu de Rennes.
M. Herbreteau. — Aérosols médicamenteux.
M. Clavel. — Intoxication par sulfure de carbone.
M. Letrou. — Considérations sur la gynécomastie.
M. Weber. — Formule leucocytaire.
M. Debord. — Traitement de l'ostéomyélite.

9 janvier. — Mme Ruault. — 12 cas inédits de myotonie atrophique.
M. Santos-Lopez. — Tumeurs du ligament rond.
M. Aubon. — Histoire de la Faculté de Médecine de Nantes.
M. Lenoir. — Traitement des syphilis récentes.
M. Gormezane. — Poumon leucémique.
M. Constans. — Séquelles tardives.

THESES VETERINAIRES

5 Décembre. — M. Meriot. — Gestation de la jument.
M. Hébert. — Le botulisme animal.
M. Droulers. — Diéthylsbœstrol en médecine vétérinaire.
M. Laugerotte. — Saillie chez l'étalon.

11 décembre. — M. Radeau. — Histaminothérapie en pathologie chirurgicale chez les petits animaux.


AÉROCID
Aérophagie
Aérocolie
Cachets - Comprimés


INNOVATIONS
innothéra
THÉRAPEUTIQUES
MUCINUM
LAXATIF DOUX
1 à 2 comprimés par jour
INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

INTERETS PROFESSIONNELS

La réorganisation des services hospitaliers de Paris

Quatre ans de guerre, d'occupation, de destructions et de pillages ont gravement éprouvé les établissements hospitaliers de France. Si à l'heure actuelle nous sommes formidablement distancés par les organisations similaires étrangères, il n'y a pas lieu de s'étonner, ni de se lamenter. Il vaut infiniment mieux examiner la situation et envisager les moyens qui permettront de remonter le courant.

Ce fut précisément l'objet, la semaine dernière, d'une conférence de presse de M. le professeur Florent-Costes, président de la Commission hospitalière de Paris.

1° L'équipement matériel

Avant la guerre, l'Assistance publique avait déjà entrepris de très grands travaux de modernisation des hôpitaux de Paris. Dans un important ouvrage de l'Administration générale de l'A. P. à Paris, en 1937, M. Mourier avait donné, à ce sujet, des renseignements auxquels on peut encore se reporter. Dès cette époque apparaissait l'insuffisance de nos hôpitaux. Cette insuffisance tenait surtout aux besoins de la banlieue, qui allaient grandissants, par suite de son surpeuplement progressif.

Des réalisations s'imposèrent alors : c'est ainsi que furent construits l'hôpital Beaujon-Clichy (1935), Ambroise-Paré, à Boulogne (1923), Raymond-Poincaré à Garches (1936), le centre Marmottan à Paris (1936). A côté de ces créations, d'autres hôpitaux étaient agrandis, remaniés ou reconstruits : Claude-Bernard, les Enfants-Malades, Vaugirard ; des maternités comme A. Pinard aux Enfants-Assistés. Parmi les autres hôpitaux, certains étaient relativement récents : la Pitié, Cochin, Bichat. D'autres encore étaient anciens : Lariboisière (1846) ou même antiques, comme Saint-Louis (XVIIe siècle). Dans l'ensemble, il y avait de grands progrès réalisés, il restait beaucoup à faire.

Pendant la guerre, des hôpitaux furent détruits : Ambroise-Paré ; endommagés : Bichat. Certains hôpitaux : Beaujon, Lariboisière, la Pitié ont été occupés, pillés, leur matériel a été déménagé. Le linge, les instruments de laboratoire, des produits pharmaceutiques ont disparu en grande partie et les prix de remplacement sont prohibitifs.

Cette simple énumération permet d'apprécier l'étendue des travaux à envisager et des dépenses à prévoir.

Il est curieux de mettre en parallèle les chiffres des budgets de l'A. P. depuis cent ans. Même en tenant compte de l'augmentation formidable des besoins modernes et de l'amenuisement de la monnaie, on peut constater que ces besoins ont été dépassés par la montée en flèche des prévisions actuelles.

D'après Mourier (loc. cit.) le budget de l'A. P. en 1848 était de 15 à 16 millions de francs, en 1937 de 741 millions de francs. En 1947, M. Florent Costes évalue aux environs de 20 milliards de francs le coût de la modernisation qui s'impose.

Le budget des Assurances sociales est actuellement de l'ordre de 100 milliards par an. Il pourrait certainement fournir pour l'équipement hospitalier du pays un milliard sur lequel 4 ou 500 millions seraient réservés pour les hôpitaux de Paris, ce qui diminuerait la charge incombant à la Ville et à ses habitants.

II. Le Personnel

Le personnel de l'A. P. se trouve placé dans des conditions matérielles si précaires que son recrutement et sa valeur technique sont très compromis.

Cette remarque s'applique autant au personnel administratif qu'au personnel soignant. Le traitement des infirmières et des surveillantes a notamment besoin d'être revalorisé. Des primes de responsabilité, de contagion, etc., devraient s'y ajouter.

Et parlons des médecins... Pendant de longues années le titre de médecin ou de chirurgien des hôpitaux attirait aux membres du corps hospitalier des consultations et une clientèle intéressantes. Ils gagnaient assez largement leur vie pour pouvoir consacrer à l'hôpital non seulement leurs matinées, mais souvent plusieurs heures l'après-midi. Ce fut l'époque du grand prestige de la médecine française.

Actuellement, nous sommes loin de cet heureux temps. Depuis l'interne chargé de famille qui n'a littéralement pas de quoi vivre, depuis l'assistant, et le chef de clinique encore plus misérablement traités, jusqu'au chef de service les traitements ne correspondent pas ou correspondent à peine au « minimum vital » de l'ouvrier, et quant à la « hiérarchie des salaires » elle n'existe pas ici.

Dans ces conditions les jeunes se tuent littéralement en recherchant des tâches payantes, médecin d'usine, contrôleur d'assurances, etc. Ils préparent, en même temps, les concours et ils y laissent trop souvent, leur santé et leurs illusions.

Et nous voici arrivés à une troisième question très importante, celle de l'organisation.

III. Organisation

L'hôpital étant au service de tous, il s'ensuivra un bouleversement dans la vie médicale, il commence déjà. Les médecins et les chirurgiens devront tout leur temps à l'hôpital, ils seront « full time », selon l'expression anglo-saxonne, ils devront vivre à l'hôpital, y loger, et cela suppose une réorganisation matérielle considérable. Dans les nouveaux hôpitaux, il faudra prévoir le logement des médecins, celui des internes mariés, il faut encore prévoir l'installation de laboratoires modernes, de bibliothèques, de secrétariats modernes...

Il faudra aussi que tout le monde s'adapte aux nouvelles conditions et qu'une administration tatillonne ne vienne pas, constamment, comme le font actuellement les A. S., gêner les médecins dans l'exercice de leur profession et pour le plus grand dam des malades.

F. L. S.

CHRONIQUE

L'enseignement médical par télévision
Une conférence de M. le professeur Binet

(Asphyxie — Réanimation Oxygénothérapie)

Il y a une quinzaine d'années, je suivais avec un intérêt passionné les essais que faisait, tous les jours, au studio de Montrouge, M. René Barthélemy, l'éminent savant à qui on donnait déjà le surnom de Père de la Télévision. Depuis, l'Institut a ratifié cette appellation, et M. Barthélemy siège maintenant à l'Académie des Sciences, où il est le collègue de M. le professeur Binet.

A l'époque dont je viens de parler, la température des studios de télévision pendant les prises de vues était fort élevée et très pénible pour les artistes en raison du nombre et de la puissance des sunlights. On admirait autant le courage que le talent de la charmante chanteuse qui était alors la grande vedette de Montrouge.

Dans le beau studio de la télévision française d'où était retransmise la conférence de M. le professeur Binet, la température n'était plus sénégalienne, mais sibérienne... Cela ne donnait que plus de mérite à l'éminent conférencier et aux aimables infirmières qui l'aidèrent dans ses démonstrations.

Sur le vaste plateau où s'affairent silencieusement de nombreux opérateurs, deux décors sont plantés : l'un représente le cabinet du professeur et le bureau derrière lequel il va s'asseoir pour faire sa conférence. A côté, une salle d'opérations : on y trouve un lit, entouré de quelques appareils qui sont familiers à tout médecin, masque à oxygène, tente à oxygénothérapie, appareils à micro-brouillards et enfin le poumon d'acier avec ses deux commandes, électrique et mécanique. Il faut, en effet, penser qu'il peut y avoir des coupures de courant et que le malade est en danger de mort immédiate si le poumon d'acier ne fonctionne plus !

Mais voici le professeur Binet, en blouse blanche, accompagné de deux de ses dévouées infirmières et d'une jeune malade fort bien portante heureusement) qui se prêtera aux démonstrations.

Tous prennent place sur le plateau, M. Binet derrière son bureau, les infirmières autour du lit de la jeune malade.

On réclame le silence et on commence.

La camera est d'abord braquée sur M. le professeur Binet qui parle. Il indique rapidement toutes les causes d'asphyxie. Il rappelle aux étudiants et aux confrères qu'ils sont armés maintenant pour lutter contre l'asphyxie comme pour combattre l'hémorragie et le choc.

Avec la respiration artificielle, manuelle ou mécanique, avec l'oxygénothérapie, un médecin ne peut plus être pris au dépourvu. Le poumon d'acier perfectionné qui est présenté est le descendant direct de celui préconisé en 1873 par Woilliez, médecin de l'hôpital de la Charité, à Paris. Cet appareil, fort primitif, il est vrai, n'eut aucun succès à l'époque. Il a fallu

à cette invention un voyage outre-Atlantique pour revenir à la mode.

Maintenant, c'est au tour des infirmières à pratiquer, sous le feu des sunlights, la respiration artificielle manuelle. Elles appliquent ensuite le masque à oxygène de Binet. Enfin la jeune malade est introduite dans le poumon d'acier. M. le professeur Binet en explique le fonctionnement qui est bien connu de tous maintenant. Il fait remarquer très justement que le poumon d'acier, appareil à dépression, devrait plutot s'appeler « thorax artificiel ».

M. le professeur Binet insiste sur la persévérance avec laquelle médecins et infirmiers doivent pratiquer la respiration artificielle en cas d'asphyxie, quelle qu'en soit la cause.

Les infirmières chargées de surveiller le fonctionnement du poumon d'acier ne peuvent avoir un instant de distraction. Il y va de la vie du malade. On peut dire qu'elles sont de service 24 heures sur 24 heures. Elles ont besoin de tout leur dévouement pour veiller sans défaillance, mais aussi de toute leur énergie si une coupure de courant les oblige à utiliser la commande mécanique et à mettre à contribution leur force musculaire.

Je n'insiste pas davantage sur la conférence de M. Binet, ses téléviseurs lointains et en particulier les étudiants réunis devant un écran dans le grand amphithéâtre de la Faculté ont pu en apprécier le sens pratique.

Avant de se retirer, les nombreux assistants ont tenu à adresser leurs félicitations et leurs remerciements au conférencier et à M. A. Delatour, directeur de l'enseignement par télévision, qui avaient bien voulu les inviter à cette belle démonstration dont le haut intérêt est évident. Ne serait-il pas desastreux que dans un but de compression budgétaire, des obstacles viennent apporter une entrave au développement d'un enseignement qui honore si grandement la France et ses savants.

F. L. S.

L'inauguration de la chaire de puériculture et la première leçon du professeur Lelong

Le 22 janvier, au grand amphithéâtre de la Faculté, le professeur Marcel Lelong a prononcé sa leçon inaugurale et pris possession de la chaire, de création récente, réservée à la puériculture. Les auditeurs, venus nombreux, saluèrent d'applaudissements nourris l'entrée du nouveau professeur et du corps professoral, au milieu duquel le recteur Roussy était fidèlement présent. Très applaudie aussi fut la présentation par le doyen Binet, retraçant brièvement le « cursus vitæ » du nouveau maître, qu'une vocation précocement dessinée et une énergie sans défaillance ont conduit de sa Picardie natale au service des Enfants-Assistés qu'il anime et à la chaire d'où il va enseigner.

Dans son remerciement, M. Lelong évoque alors, non sans émotion, tous ceux qui lui ont frayé la route et l'ont aidé de leur expérience depuis les temps reculés d'avant 1914 où commençait sa vie d'étudiant jusqu'à la période de l'entre-deux guerres qui débuta pour lui par sa vie d'internat ; un hommage monte vers ses maîtres d'autrefois : Faure-Beaulieu, Noël Fiessinger, dont il fut le premier interne, A. Bensaude, Cain, Milian, Lereboullet, pour ne citer que les disparus, vers ceux aussi médecins ou non : Léon Bernard, Robert Debré, Mme Getting, dont il apprécia particulièrement les conceptions sociales.

Sociale, la puériculture l'est au premier chef si elle veut être à la mesure des nécessités. Le professeur Lelong expose sa conception scientifique et sociale de la pédiatrie, sa conception de l'enseignement magistral qu'il va inaugurer après que ses anciens, et Pinard le premier, ont établi les règles de la pratique. Le médecin doit suivre l'enfant depuis le temps obscur de la vie intrautérine jusqu'à l'épanouissement de la puberté, dans sa physiologie et sa pathologie, sans négliger les problèmes sociaux qui se succèdent pendant cette évolution. M. Lelong traite enfin de la pratique médicale quotidienne, des recherches nécessaires. Il montre comment la pédiatrie a d'abord rejoint et tend maintenant à dépasser la médecine de l'adulte que ses méthodes influencent toujours davantage. Il conclut en annonçant dans la puériculture : « la médecine du xxe siècle ».

R. L.

COURS

Faculté de Médecine

Chaire d'anatomie pathologique

Une série de six conférences sera donnée à l'Amphithéâtre d'Anatomie pathologique, Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, escalier B, 1er étage, sur le programme suivant : « De la physique atomique aux applications biologiques et médicales. »

Mercredi 19 février, 18 heures. — M. Maurice de Broglie : Généralités sur la radio-activité artificielle.

Vendredi 21 février, 18 heures. — M. Claude Magnan : Le microscope électronique.

Mercredi 26 février, 18 heures. — M. Théo Kahn : Réactions nucléaires et détection des particules élémentaires.

Vendredi 28 février, 18 heures. — M. Robert Maurin : Des générateurs de particules.

Mercredi 5 mars, 18 heures. — M. Pierre Sue : Comment prépare-t-on les radio-éléments artificiels ?

Vendredi 7 mars, 18 heures. — M. Mallet : Utilisation biologique et médicale des radio-éléments artificiels.

Ces conférences sont publiques.

Chaire de thérapeutique

Professeur M. Guy Laroche : Les actualités thérapeutiques.

Ces leçons auront lieu les jeudis, à 16 heures, au grand Amphithéâtre de la Faculté :

Jeudi 30 janvier. — M. Hazard, professeur à la Faculté de Médecine : Les incompatibilités médicamenteuses.

Jeudi 6 février. — M. Tiffeneau, chef des travaux à la Faculté de Médecine : Traitement de l'emphysème par les aérosols.

Jeudi 13 février. — M. Lucien Brumpt, agrégé à la Faculté de Médecine : Les antipaludéens de synthèse.

Jeudi 20 février. — M. Decourt, agrégé à la Faculté de Médecine : La médication antihistaminique.

Jeudi 27 février. — M. Aubertin, professeur à la Faculté de Médecine : Les traitements non radiothérapiques des leucémies.

Jeudi 6 mars. — M. Parrot, agrégé à la Faculté de Médecine : Le traitement des chocs chirurgicaux.

Clinique des maladies du système nerveux

Professeur : M. Georges Guillain.

Des conférences neurologiques seront faites à l'Amphithéâtre de la Clinique Charcot (Hospice de la Salpêtrière), à 10 heures trente, aux dates suivantes :

Vendredi 21 février. — M. Alajouanine : Liquide céphalique et liquide rachidien ; séparation et étude comparative.

Vendredi 21 mars. — M. Huguenau : Les formes pseudo-tumorales de la sclérose en plaques.

Vendredi 25 avril. — M. J. Lhermitte : L'allergie en neurologie.

Vendredi 6 juin. — M. Mollaret : L'état actuel du problème de la méningite lymphocitaire.

Vendredi 27 juin. — M. J. Decourt : Maladie de Simmonds et Anorexie mentale.

Durant le cours de l'année scolaire, M. le professeur Alajouanine fera, tous les jeudis matin, à 10 heures, une présentation de malades à la consultation de la Clinique Charcot.

Au mois de juin 1947, M. de Sèze, agrégé, fera une série de leçons sur les Algies radiculaires et les Algies craniomeningées.

Clinique de l'Hôtel-Dieu

Leçons du dimanche sur l'endocrinologie sexuelle et hypophysaire

Le 2 février. — Dr Robey, chef de clinique à la Faculté : Endocrinologie de la gestation et de l'allaitement.

Le 9 février. — Prof. agrégé Varangot, accoucheur des hôpitaux : Les syndromes d'hyperfonctionnement ovarien.

Le 16 février. — Prof. Varangot, accoucheur des hôpitaux : Les syndromes de la carence ovarienne.

Le 23 février : Prof. H. Bénard : Les androgènes et les syndromes endocriniens testiculaires.

Le 2 mars. — Prof. H. Bénard : Hypophyse, corrélation neurohypophysaire. Résultats de l'hypophysectomie.

Le 9 mars. — Prof. H. Bénard : Les stimulines hypophysaires.

Le 16 mars. — Prof. H. Bénard : Diabète hypophysaire. Hypophyse et métabolisme des glucides.

Le 23 mars. — Prof. agrégé Deparis, médecin des hôpitaux : Acromégalie et gigantisme.

Le 20 avril. — Dr Rambert, médecin des hôpitaux : La maladie de Cushing.

Le 27 avril. — Prof. agrégé Merklen, médecin des hôpitaux : Maladie de Simmonds et syndrome adiposogénital.

Le 4 mai. — Prof. Lemaire : Le diabète insipide.

Le 11 mai. — Prof. Baudoin : Syndrome humoral hypophysaire. Traitement chirurgical.

Le 18 mai. — Prof. H. Bénard : Les états intersexuels.

Ces conférences auront lieu à l'amphithéâtre Trousseau de l'Hôtel-Dieu, à 10 heures 30.

LIVRES NOUVEAUX

Généralités sur les ultra-virus, par le professeur Pierre GASTINEL et M. Robert FASQUELLE. Un vol. grand in-8° de 120 pages, avec 35 figures. Encyclopédie médico-chirurgicale, 110, boulevard Saint-Germain, Paris (6e), 1946.

L'importante monographie que viennent de publier MM. Gastinel et Fasquelle met au point, d'une façon vraiment magistrale, la question des ultra-virus. Personne, à coup sûr, n'était plus qualifié pour cette mise au point que M. Gastinel, qui, dès 1922, avec Pierre Teissier et Reilly, apportait, par ses recherches sur l'herpès, des notions capitales. Ces recherches montraient dans la biologie des ultra-virus un phénomène essentiel, à savoir qu'une perturbation humorale peut devenir un facteur de virulence.

La notion princeps qui domine dans l'étude des caractères des ultra-virus, c'est que les ultra-virus, étant invisibles par les moyens microscopiques ordinaires et ne pouvant être cultivés sur les milieux habituels, les caractères généraux des ultra-virus ne peuvent être précisés qu'indirectement. Pour les ultra-virus « seul l'organe infecté a la valeur d'une culture « in vivo » de l'ultra-virus ; l'exemple le plus classique est celui de la moelle rabique ; l'ultra-virus n'est donc pas isolé, mais intimement mêlé aux constituants du tissu. »

Grâce aux progrès réalisés dans les techniques d'examen, l'étude des ultra-germes a permis de définir et d'essayer d'individualiser « un certain nombre de manifestations anatomo - pathologiques, symptomatiques, évolutives ou immunologiques, sinon toutes strictement propres aux maladies humaines à ultra-virus, du moins communément observées dans la plupart d'entre elles. »

Les ultra-virus des maladies humaines et animales, les ultra-virus des maladies des plantes et les bactériophages ouvrent un vaste champ de recherches.

L'étude de « certaines tumeurs transmissibles par leur filtrat laisse entrevoir le rôle qu'un ultra-virus peut jouer dans la pathogénie générale du cancer.

Avant d'aborder l'étude des caractères généraux des ultra-virus et des maladies à ultra-virus, les auteurs font un historique très complet de la question et ce n'est pas la partie la moins attachante de leur ouvrage.

Schématiquement, l'histoire des maladies à ultra-virus peut être divisée en quatre périodes.

La première s'étend jusque vers 1898, mais son début remonte bien loin. La variolisation qui depuis la plus haute antiquité fut en honneur en Extrême-Orient « consistait à inoculer volontairement à l'homme un virus atténué — ou prétendu tel — dans l'idée de le protéger contre le même virus hautement virulent.

En 1796, Jenner transmet à l'homme une maladie de la vache, la vaccine, qui le protège de la variole.

En 1881, à Cuba, Carlos Finlay découvre que la fièvre jaune est transmise « au sujet sain par le moustique et indique ainsi la prophylaxie qui consiste essentiellement dans la lutte contre ce moustique vecteur ».

Enfin, de 1881 à 1885, s'échelonnent les admirables expériences de Pasteur sur la rage, qui le conduisent de la découverte du siège du virus rabique dans le système nerveux jusqu'à celle du traitement antirabique. Pasteur s'attaque au problème du germe responsable et il émet l'hypothèse que le virus rabique serait si petit que les techniques microscopiques ne permettraient pas de le voir.

De 1898 à 1903, les biologistes, Löffler, Sanarelli, Borrel et d'autres apportent une certitude à l'hypothèse de Pasteur.

De 1903 à 1935-1936, les recherches établissent le caractère d'ultra-virus propre à de nombreuses maladies humaines. La technique se perfectionne. Enfin, à partir de 1935, des recherches sur les plantes, l'ultra-centrifugation, le microscope électronique vont, suivant l'expression de Levaditi, permettre « de faire passer brusquement du monde invisible où elle était cantonnée la microbiologie des ultra-virus dans celui de la représentation graphique directe ».

Le plan de l'ouvrage de MM. Gastinel et Fasquelle comporte d'abord un chapitre essentiel, celui des caractères généraux des ultra-virus avec les principaux procédés d'examen, une étude de la notion corpusculaire des ultra-virus, puis de leur nature et de leur origine.

Un deuxième chapitre est consacré aux caractères généraux des maladies à ultra-virus.

Enfin une classification fixe les limites du cadre des maladies à ultra-virus.

La clarté et la précision des auteurs font de cet ouvrage un instrument de travail appelé à devenir classique.

F. L. S.

Le syndrome de Volkmann, étude pathogénique et thérapeutique, par Maurice CAHUZAC, ancien chef de clinique chirurgicale infantile, ancien chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté de Toulouse ; François JUNG, interne des hôpitaux de Toulouse. Préface du professeur LERICHE. Un volume de 98 pages. (Collection Médecine et Chirurgie : recherches et applications.) Masson et Cie, éditeurs.

En 1881, Volkmann décrivit chez l'enfant un syndrome caractérisé par une rétraction musculaire ischémique.

Avec son complexe musculaire, nerveux et trophique, sa résistance à la thérapeutique, ce syndrome semblait ne pas pouvoir être réduit à un dénominateur simple. Il a provoqué en France et à l'étranger des travaux nombreux et contradictoires.

Le rapport des résultats obtenus par M. Cahuzac avec l'infiltration stellaire, patiemment renouvelée dans les cas sévères, l'analyse des multiples observations que l'on trouve dans la littérature, permettent aux auteurs d'aboutir à une synthèse qui fait rentrer le syndrome de Volkmann dans l'ordre pathologique. Ils apportent en outre des conclusions thérapeutiques fécondes.

Les praticiens, si souvent décontenancés par la brutalité de la rétraction ischémique dans ses premiers moments ; les chirurgiens, dont la thérapeutique est hésitante devant un enfant qui ne peut plus se servir d'une de ses mains, trouveront dans cette monographie d'utiles éclaircissements.

Voici les divisions de l'ouvrage : I. Les fondements pathogéniques. Les conditions étiologiques. Les constatations cliniques. Les constatations opératoires. Les constatations anatomo-pathologiques. Les faits expérimentaux. Les constatations anatomiques. — Les théories pathogéniques. — II. Comment concevoir la pathogénie du Volkmann ? — III. Considérations thérapeutiques. Le traitement du Volkmann menaçant. Le traitement du Volkmann constitué. Traitement pathogénique. Les méthodes palliatives. Conclusions.

Diagnostic hormonal et traitements hormonaux en gynécologie, par Claude BÉCLERE. Préface du professeur H. SIMONNET. Un volume de 372 pages avec 22 tableaux et schémas. Masson et Cie, éditeurs.

Travail de clinique et de pratique médicale, ce livre s'adresse à tous les médecins. Cet ensemble de recherches étayées par des centaines d'observations cliniques, des centaines de dosages hormonaux et par des résultats thérapeutiques suivis pendant plusieurs années, apporte au médecin des règles précises et simples de diagnostic hormonal et de thérapeutique hormonale.

En présence de troubles des règles ou d'hémorragies utérines, il faut d'abord poser un diagnostic étiologique exact et éliminer avec certitude les lésions organiques peu apparentes, les lésions organiques cachées intra-utérines et intratubaires, les troubles fonctionnels d'origine infectieuse.

Le diagnostic hormonal proprement dit doit nous dire quelles sont les hormones dont la sécrétion est troublée et dans quel sens. Il existe actuellement trois méthodes de diagnostic hormonal : les dosages hormonaux, l'exploration fonctionnelle de la muqueuse utérine et le diagnostic clinique organo-hormonal. La technique, les résultats, les indications respectives de ces trois méthodes sont ici minutieusement exposés.

Pratiquement, les troubles hormonaux doivent être divisés en quatre grands groupes : chez les jeunes filles vierges, chez les jeunes femmes, chez les femmes de 40 ans à la ménopause, chez les femmes après la ménopause.

Le médecin verra dans ce livre comment, dans la majorité des cas, il peut poser le diagnostic hormonal précis grâce au simple examen clinique.

Une fois bien posé le diagnostic hormonal, la thérapeutique hormonale est facile.

Dépôt légal. — 1947. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 6. — SAMEDI 8 FEVRIER 1947 — 120e ANNEE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr
Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr.
Chèques Postaux Paris : 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. TH
416, boulevard Raspail, P
Téléphone : LITTRÉ 54-

Pour les renouvellements d'abonnements
et pour toute la correspondance
s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

En exécution des décrets relatifs à la baisse générale de 5 %,

Nos prix d'abonnement et de vente au numéro subissent une baisse de 5 % sur les tarifs en vigueur le 1er janvier 1947 :

Un an : France .... au lieu de ....375 fr.	356 fr.
Un an : étudiant .... au lieu de..............200 fr.	190 »
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'Internat en médecine de 1946

Epreuves orales : séance du mercredi 29 janvier 1947.

Notes attribuées : MM. Charles, Gabriel, 12 ; Lévy, Pierre, 10 ; Mlle Chapu, Madeleine, 23 ; Bézard, Jean, 22 ; Lestocquoy, Charles, 9 ; Mouchot, Philippe, 9 ; Moulonguet, Henri, 23 ; Pellerin, Denys, 30 ; Rougerie, Jacques, 23 ; Petit, Jérôme, 22.

Questions sorties : Signes et diagnostic de l'angine de poitrine. Symptômes et diagnostic du calcul du cholédoque.

Hôpital Saint-Joseph

Un concours sera ouvert à l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, Paris (14e), le lundi 17 mars 1947, pour la nomination d'internes titulaires et, s'il y a lieu, d'internes provisoires dont le nombre sera indiqué ultérieurement, étant précisé néanmoins que trois internes titulaires seront nommés en oto-rhino-laryngologie.

Ne sont admis à concourir que les étudiants en médecine ayant au moins seize inscriptions et présentant un des titres suivants : Externe des hôpitaux de Paris ; interne d'une ville de Faculté (Faculté d'Etat ou Faculté catholique) ; interne d'une Ecole de plein exercice.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 10 mars 1947.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'administrateur de l'hôpital.

Hôpital Fondation de Rothschild. — Un concours sera ouvert à l'hôpital de Rothschild, 15, rue Santerre, pour la nomination de onze internes titulaires et, s'il y a lieu, d'internes provisoires.

Conditions d'inscription : Etre titulaire d'au moins 16 inscriptions, être soit externe des hôpitaux de Paris, soit interne d'une ville de Faculté ou d'une Ecole de plein exercice, soit bénéficiaire de l'arrêté en date du 9 août 1945, paru au « Journal Officiel », le 11 août 1945.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser le matin au directeur de l'hôpital.

Inscriptions jusqu'au 3 mars 1947 inclus.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Série supplémentaire d'anatomie (1re et 2e années). — Une série supplémentaire d'anatomie aura lieu du 1er au 29 mars, à 13 h. 30.

A cette série doivent s'inscrire tous les élèves qui n'ont pu valider leurs T. P. pendant le premier semestre.

Droits d'inscription : 500 francs.

S'inscrire au Secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Stages hospitaliers

Année scolaire 1946-1947 (2e semestre) 1re année (redoublants) et 2e et 3e années

Ambroise-Paré-Boileau. — Médecins : Dr Celice, Dr Grossiord, Dr Peron; Chirurgien : Dr Meillère.

Antoine-Chantin. — Chirurgien : Dr Jean Gosset.

Beaujon-Clichy. — Médecins : Prof. agr. Cachera, Dr Azerad, Mme le Dr Bertrand-Fontaine, Dr Ravina, Dr Benda, Dr Weissman-Netter (1re année) ; Chirurgiens : Prof. agr. Sicard, Dr Seille, Dr Sylvain Blondin (1re année), Dr Flabeau.

Bicêtre. — Médecins : Prof. Moreau, Dr Boudin, Prof. Lemaire.

Bichat. — Médecins : Prof. Guy Laroche, Prof. Justin-Besançon, Dr Gautier, Dr Rachet, Dr Paraf ; Chirurgiens : Prof. Petit-Dutaillis, Dr Charrier, Dr Gueulette.

Boucicaut. — Médecins : Prof. agr Lenègre, Dr Moussoir (3e année), Dr André Meyer ; Chirurgien : Dr Thalheimer.

Bretonneau. — Chirurgien : Dr Boppe.

Broussais. — Médecins : Prof. Donzelot, Prof. agr. Chevallier, Prof. agr. de Gennes, Prof. agr. Mauric (3e année) ; Chirurgiens : Prof. Basset, Prof. agr. de Gaudart d'Allaines.

Cochin. — Médecins : Prof. Harvier, Prof. agr. Coste, Dr Bourgeois ; Chirurgien : Prof. Mathieu.

Corentin-Celton (Petits-Ménages). — Médecin : Dr Layani ; Chirurgien : Prof. agr. Gatellier.

Foch (Suresnes). — Médecin : Prof. agr. Kourilsky.

Fondation Foch (rue Vergniaux). — Chirurgien : Prof. agr. Merle d'Aubigné.

Hôtel-Dieu. — Médecins : Prof. Henri Benard, Prof. agr. Bariety, Prof. agr. Garcin, Dr Nicaud, Dr Lambling.

Hospice d'Ivry. — Médecin : Dr Mahoudeau ; Chirurgien : Dr Welti.

Laënnec. — Médecins : Prof. Etienne Bernard, Dr Lechelle, Dr René Benard, Dr Pruvost ; Chirurgiens : Dr Raoul Monod, Dr Robert Monod, Dr Guimbellot (1re année).

Lariboisière. — Médecins : Prof. agr. Soulié, Prof. agr. de Sèze, Dr Perrault, Dr Derot (1re année), Dr Worms, Dr Albeaux-Fernet ; Chirurgiens : Prof. agr. Menegaux, Prof. agr. Funck-Bretano, Dr Leibovici.

Maison Municipale de Santé. — Médecins : Dr Fernand Benoist ; Chirurgien : Prof. agr. Patel.

Marmottan. — Chirurgien : Dr Banzet.

Necker. — Médecins : Doyen Léon Binet, Dr Debray, Dr Jacquelin, Dr Poumailloux, Dr Brodin ; Chirurgiens : Prof. Leveuf, Prof. agr. Ameline.

Neuilly. — Médecin : Dr de Brun ; Chirurgien : Dr Billet.

Pitié. — Médecins : Prof. Charles Richet, Prof. agr. Gilbert Dreyfus, Prof. agr. Mouquin, Dr Ubry ; Chirurgien : Dr Huet.
Raymond-Poincaré (Garches). — Chirurgien : Dr Gerard-Marchant.
Saint-Antoine. — Médecins : Prof. Loeper, Prof. agr. Decourt, Prof. agr. Boulin, Dr Albot, Dr Gutmann, Dr Mathieu-Pierre Weil ; Chirurgiens : Dr René Kuss, Dr Sauvé.
Saint-Louis. — Médecin : Dr Pollet ; Chirurgiens : Prof. agr. Fèvre, Dr Raymond Bernard, Dr Bazy, Dr Rouhier, Dr Auroussseau.
Saint-Vincent-de-Paul (Enfants - Assistés). — Chirurgien : Dr Petit.
Salpêtrière. — Chirurgien : Prof. Mondor.
Tenon. — Médecins : Prof. agr. Marchal, Dr Even, Dr Hillemand, Dr Schwob, Dr Cattan, Dr Lièvre, Dr Rouquès ; Chirurgiens : Prof. Moulonguet, Dr Houdard.
Trousseau. — Chirurgien : Dr Sorrel.
Vaugirard. — Chirurgien : Prof. Senèque.

3e année

Cliniques médicales infantiles

Ambroise-Paré. — Dr Mme Roudinesco.
Bretonneau. — Dr Janet, Dr Robert Clément, Dr Jean Weill.
Enfants-Malades. — Prof. Robert Debré, Prof. agr. Lamy, Dr Heuyer, Dr Chevalley, Dr Julien Huber.
Hérold. — Prof. agr. Julien Marie, Dr Clément Launay, Dr Jean Bernard.
Saint-Vincent-de-Paul (Enfants - Assistés). — Prof. Lelong.
Saint-Louis. — Prof. agr. Turpin.
Salpêtrière. — Dr Levesque.
Trousseau. — Prof. Cathala, Dr Marquezy.

Avis important. — Les inscriptions au stage du 2e semestre seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 5) les lundis, mercredis et vendredis, de 13 à 16 heures, jusqu'au mereredi 19 février 1947.

FACULTES DE PROVINCE

Lille. — Le titre de professeur honoraire de la Faculté de Médecine de l'Université de Lille est conféré à M. Lavier, ancien professeur de cette Faculté, nommé à Paris.

Strasbourg. — M. Waitz, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie à la Faculté de médecine de Strasbourg (dernier titulaire : M. Vaucher, transféré).

M. Volmar, professeur, est nommé pour trois ans doyen de la Faculté de pharmacie de Strasbourg en remplacement de M. Sartory, nommé professeur à Paris.

Légion d'honneur. AFFAIRES ÉTRANGÈRES

OFFICIER. — Le Dr Cornillon, à Mexico ; le Dr Cornu, à Jaffa.

CHEVALIER. — Le Dr Drouhard, à Monte-Carlo ; le Dr Jacques Naggiar ; Mme le Dr Serin (Suzanne-Marie).

EDUCATION NATIONALE

Cinéma d'enseignement. — M. le professeur Henri Wallon, du Collège de France, est chargé de représenter le ministre au sein de la commission du cinématographe d'enseignement, et à ce titre de présider ladite commission en remplacement de M. le professeur Langevin, décédé.

Conseil Supérieur de l'Education nationale. — La section permanente du Conseil supérieur de l'Education nationale est convoquée en session ordinaire le lundi 10 février 1947, à 9 h. 30, au ministère de l'Education nationale.

Muséum national d'histoire naturelle. — M. le professeur Auguste Chevalier est nommé professeur honoraire.

SANTE PUBLIQUE

Citation à l'Ordre de la nation

« Le Dr Georges-Henri Rechou, professeur d'électro-radiologie et clinique d'électricité médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, directeur du Centre régional de lutte contre le cancer, souffrant de radiodermite depuis de longues années et pleinement conscient de la gravité du mal qui le minait, est demeuré à son poste et est décédé victime des rayons X, se montrant ainsi le digne successeur du professeur Bergonié, qui avait été le promoteur de l'organisation, en France, de la lutte contre le cancer et qui était mort lui aussi victime du devoir. »

(J. O., 19 janvier 1947.)

Centre national de l'éducation sanitaire. — Sont nommés membres du comité technique du centre national : M. le professeur Perrin (de Nantes), et M. le Dr Bonnafé.

Médecins consultants régionaux de pédiatrie. — M. Jeune, agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon, est nommé médecin consultant adjoint de pédiatrie pour la région de Dijon.

Vacance de poste. — Un poste de médecin chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (Charente).

TRAVAIL

Comité permanent de la médecine du travail. — Sont nommés :

Président : le directeur général du travail et de la main-d'œuvre.

Membres : le directeur général de la Sécurité sociale ; le médecin inspecteur général du travail et de la main-d'œuvre ; les médecins inspecteurs généraux adjoints du travail et de la main-d'œuvre ; le chef du service de l'hygiène et de la sécurité de la direction du travail ; le directeur de l'hygiène publique au ministère de la Santé publique ; le directeur des mines au ministère de la Production industrielle ; MM. les docteurs Derobert, Hector Descomps, les professeurs Duvoix, Laugier, Leclercq, le Dr Martin de Frémont, les professeurs Mazel, Parisot, Piédelièvre, Raymond (Val-de-Grâce).

Association générale des médecins de France

Siège social :
60, boulev. de Latour-Maubourg, Paris (7e)

Bourses familiales du Corps médical (Fondation du Dr Roussel). — L'Association Générale des Médecins de France, sous la présidence du professeur Baudouin, a réuni le jury chargé de répartir les bourses de 20.000 francs. Le jury, où figuraient avec M. Jean-Claude Roussel, fils du docteur Roussel, accompagné du docteur Jobelin, des membres de l'A. G. du Conseil de l'Ordre, de la Société F.E.M., de Médecine et Famille et de l'Association des Médecins de la Seine, a tenu ses séances au cours du mois de décembre. Seize bourses ont été distribuées en faveur des médecins ou veuves de médecins chargés de famille. Vingt-huit demandes ont été examinées, parmi lesquelles ont été retenues les plus dignes d'intérêt par le nombre des enfants, les difficultés matérielles, la maladie et les conditions particulières d'existence.

D'autre part, les membres du jury :

— Profondément émus de la situation très difficile qui résulte de la suppression des allocations familiales après 21 ans, alors que des enfants restent à charge du fait des études supérieures longues (médecine, art vétérinaire, etc.);

— Considérant que de nombreux dossiers étudiés par le jury avec des budgets précis établissent que des étudiants dans cette situation ont des moyens matériels de beaucoup inférieurs au minimum vital ;

— Considérant que certaines veuves ont jusqu'à 3 et 4 enfants majeurs encore à charge du fait des longues études supérieures ;

— Considérant que les veuves de travailleurs indépendants ne bénéficient pas de l'appoint important des allocations de salaire unique ;

Emettent à l'unanimité le vœu que la prochaine réforme des allocations familiales comporte :

a) La prolongation des allocations familiales jusqu'à 25 ans quand les enfants poursuivent des études tout particulièrement longues (médecine, art vétérinaire);

b) Le relèvement du taux des allocations familiales à 50 % du salaire moyen départemental au lieu de 30 %, pour les orphelins de travailleurs indépendants, privés de salaire unique, ce taux de 50 % représentant le minimum vital.

XIe Congrès de l'Association des pédiatres de langue française

Le Congrès se tiendra à Lyon les 22, 23, 24 mai 1947, sous la présidence du professeur G. Mouriquand.

Les sujets à l'ordre du jour sont les suivants :

Les rhumatismes chroniques de l'enfance, rapport présenté par M. Lamy.

Les néoplasies malignes de la cavité générale dans l'enfance (tumeurs nerveuses exceptées), rapport présenté par L. Caussade et M. Guilleminet.

Le traitement des méningites aiguës de l'enfance (méningites tuberculeuses exceptées), rapport présenté par R. Martin.

Le Congrès sera suivi d'une excursion facultative à Megève, Saint-Gervais et Chamonix, le dimanche et le lundi de Pentecôte (25 et 26 mai).

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général, le docteur M. Jeune, 24, place Bellecour, à Lyon.

Nécrologie

— On annonce la mort du Dr Edouard Toulouse, ex-médecin directeur de l'Hôpital Henri-Rousselle et chef du Centre de prophylaxie mentale.

Toulouse était né à Marseille en 1865. Il passa sa thèse de doctorat en 1891 à Paris.

Aliéniste, psychologue et publiciste, Toulouse fut médecin en chef de l'asile de Villejuif, il dirigea le laboratoire de psychologie expérimentale de l'Ecole des Hautes Etudes. On lui doit de nombreuses publications : Directeur fondateur de l'Encyclopédie Scientifique, de la Bibliothèque de psychologie expérimentale et de la Revue de psychiatrie, il dirigea la Revue scientifique et publia, entre autres, de nombreux ouvrages relatifs aux maladies mentales.

Il était officier de la Légion d'honneur.

— Le Dr Bernex, ancien député, à Thonon (Haute-Savoie).

Avis

Nous prions nos lecteurs qui demandent des numéros anciens de bien vouloir nous accorder un délai de quelques semaines.

Les demandes, extrêmement nombreuses en ce moment, nécessitent des recherches souvent très longues, qu'il nous est impossible de faire rapidement.

Tous les numéros antérieurs à 1947, quel que soit le prix marqué, sont vendus uniformément au prix de 7 francs. Avec la baisse générale en cours, ce prix est abaissé à 6 francs nets, pris à nos bureaux.


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE


HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau

REVUE GÉNÉRALE

Applications de la réfrigération des tissus en chirurgie

Par Marcel Lance
Membre de l'Académie de Chirurgie

Depuis de longues années en Angleterre et plus récemment aux Etats-Unis, on a étudié les effets du froid sur les tissus vivants et les applications que l'on pouvait en tirer en chirurgie.

Les publications sur ce sujet se sont multipliées dans ces dernières années et selon la remarque de Massie, si avant 1941 on ne trouve rien, il y en a 3 en 1941 et 35 en 1944.

Parmi les applications de la réfrigération deux présentent une grosse importance : le *traitement des blessés schockés* et *l'anesthésie par le froid pour les amputations des membres.*

***

L'action de la réfrigération sur les grands blessés de guerre, blessés de la rue par écrasement des membres, est basée surtout sur les travaux d'Allen et de ses collaborateurs sur le *shock traumatique*. On les trouvera exposés dans les articles de W.-H. Cole, de T. Fay, et surtout de L.-W. Crossman et Fr.-M. Allen.

A la suite de nombreuses expériences sur le chien, Allen et ses collaborateurs ont montré que le réchauffement des shockés était une erreur et que c'est au contraire le refroidissement des tissus qui est indiqué.

En effet, le shock chez les grands blessés relève principalement de trois facteurs : 1° un facteur physique, les œdèmes, qui enlève une masse considérable de sang à la circulation ;

2° L'anoxémie des tissus ;

3° La présence de substances toxiques à effet soit vaso-excitant, soit vaso-dépresseur provenant de tissus contus et mis en circulation dans le sang. Leur existence a été bien mise en évidence par les travaux de Chambers R. et son équipe.

Pour lutter contre le premier facteur et reconstituer la masse sanguine, l'emploi clinique du sérum physiologique, dont l'action pour Allen serait supérieure à celui du plasma, et le sérum au lactate de sodium préférable au chlorure, reste indispensable. Mais aussi la réfrigération des parties superficielles agit favorablement en déterminant une vaso-constriction qui refoule la masse sanguine vers les parties profondes et les viscères. Au contraire la chaleur, par la vaso-dilatation périphérique soustrait une masse sanguine à la circulation centrale. L'anoxémie est combattue de la même manière, car le refroidissement des tissus, en abaissant leur métabolisme, diminue leurs besoins en oxygène et augmente d'autant la teneur en oxygène du sang, alors que le réchauffement en augmentant les échanges cellulaires augmente les besoins des tissus en oxygène. Enfin, alors que la chaleur favorise la résorption et dissémination des produits toxiques provenant des tissus mortifiés, la réfrigération prolongée du membre blessé, avec ou sans garrot à sa racine, par la vaso-constriction qui en résulte, arrête l'absorption de ces substances toxiques et leur irruption dans le torrent circulatoire jusqu'au moment où l'intervention (régularisation, épluchage, amputation) pourra supprimer le foyer de formation de ces toxiques.

Si à cela on ajoute l'action anesthésique et analgésique du froid, on comprend l'amélioration rapide de l'état des shockés soumis à la réfrigération.

Il s'agit donc d'un renversement de nos idées anciennes sur la nécessité de réchauffer les shockés avant de pratiquer tout acte chirurgical. Ce réchauffement ne peut avoir que des effets nuisibles.

Ces idées ne sont pas neuves en Angleterre. Je me souviens avoir vu en 1917-1918 au Havre, à l'hôpital d'évacuation anglais installé dans la gare maritime, les grands blessés jugés intransportables par bateau à cause de leur état de shock, être placés, à mon grand étonnement, sur le toit en plateforme, exposés à l'air et au froid, même en hiver.

L'expérimentation sur l'animal confirme ces données. C'est ainsi que J. Devine à l'hôpital de Tobrouk, en 1943, a pu expérimenter sur des chiens et prouver l'action néfaste de la chaleur et l'action bienfaisante du froid sur les membres écrasés.

Naturellement dans la réfrigération totale ou étendue du corps il y a des précautions à prendre pour ne pas abaisser trop la température centrale.

Parmi les tortures imaginées par les sadiques médecins nazis, figurait le refroidissement.

Je ne sais si on peut tenir compte des expériences faites pendant la guerre par le Dr Rascher au camp de Dachau, expériences faites sous l'inspiration de Himmler (rapport du major Alexander, rapport 250, office of the Publication Board). Chez les sujets immergés dans l'eau froide la température rectale peut être abaissée à 25°6 en conservant des chances de réanimation si la nuque a été maintenue hors de l'eau. Il faut que le réchauffement soit rapide. Pour l'obtenir, le Dr Rascher faisait placer l'homme réfrigéré en sandwich entre deux femmes nues.

Comme T. Fay l'a établi la température rectale optima doit être maintenue entre 34°5 et 35°5. Le contrôle de cette température doit être constant car le malade peut continuer à se refroidir indiscutablement et rapidement.

Ce refroidissement général peut être obtenu par le bain ou des enveloppements, de grands pansements humides, entretenus humides avec de l'eau froide, de l'alcool, ou, si la saison le permet, un courant continu d'air frais.

Si le refroidissement est longtemps prolongé, on n'observe pas de complications (pneumonie, défaillance cardiaque) qui sont à craindre dans les brefs refroidissements. Le réchauffement ne doit jamais être rapide.

***

La troisième utilisation du froid, de beaucoup la plus répandue, et qui s'associe souvent aux précédentes est la préparation et l'*anesthésie d'un membre pour une amputation.*

Des expériences ont été faites par Lobachew à l'Institut Sklifanowskiy à Moscou, démontrant qu'un abaissement de la température locale de 10° des tissus donne une anesthésie suffisante pour une opération. La réfrigération au-dessous de ce chiffre amène des lésions irréversible des tissus ; au-dessus l'anesthésie est insuffisante.

Les modifications observées dans les tissus sont surtout une concentration du sang sans altération de ses éléments, un abaissement des qualités biologiques de tous les tissus, y compris le tissu nerveux (conductibilité des troncs et sensibilité des terminaisons) dû à des modifications de substances colloïdes. Si la réfrigération est *progressive*, l'anesthésie se produit sans sensation douloureuse. C'est le sens à la douleur qui disparaît le premier, puis le sens thermique, enfin la sensation tactile.

Cette méthode d'anesthésie trouve surtout son application dans les amputations pour grands écrasements des membres inférieurs (accidents de la rue) ou pour les cas de gangrène sénile ou diabétique.

Chez ces malades, *mais seulement dans le cas où une amputation doit être effectuée*, un garrot est placé le plus possible au-dessus du siège présumé de l'amputation et maintenu jusqu'à la fin de l'acte opératoire. Il renforce l'action analgésiante et fait obstacle à l'absorption des produits toxiques. Fr.- M. Massie (Lexington), qui étudie longuement la technique de cette anesthésie, conseille de mettre deux garrots superposés, l'un juste au-dessus de la limite supérieure de la lésion, l'autre à la racine du membre ; l'amputation est pratiquée entre les deux garrots. L'anesthésie est obtenue en plaçant le membre dans de la glace pilée et en l'entourant d'un imperméable, ou en le mettant dans un récipient approprié à sa taille, entouré de glace.

La réfrigération doit être étendue au-dessus du garrot jusqu'à l'aine pour le membre inférieur ; à l'aisselle pour le membre supérieur.

Cette réfrigération est maintenue plus ou moins longtemps selon la nécessité, parfois plusieurs jours et même des semaines. Mc Elvenny a pu au moyen d'une glacière électrique (appareil therm-O-Rite) maintenir un membre à la température de 12°C pendant huit semaines avant d'amputer.

Ce retardement de l'acte opératoire peut être nécessaire si l'état général ou local interdit l'acte opératoire immédiat. Le fait de la suppression de la douleur, de la disparition graduelle du shock, permet la reprise de l'alimentation.

Comme le remarque Fay cette attente est surtout utile dans la *gangrène sénile*. On se trouve en face de vieillards avec un état général déplorable, un entourage hostile à l'amputation. Le pansement à la glace, sans application de garrot, amène un arrêt de la progression de la gangrène, un arrêt de la résorption des déchets toxiques. L'amélioration des douleurs permet la reprise du sommeil et de l'alimentation. Au bout de quelques jours, de quelques semaines s'il en est besoin, le malade est remonté, plus confiant et susceptible d'être amputé avec succès et le plus souvent à un niveau plus bas qu'on ne l'avait espéré.

Après l'opération on maintient encore le moignon à basse température ne le réchauffant que graduellement.

Tous ceux qui ont pratiqué des amputations dans ces conditions en vantent les avantages.

Loubachew qui l'a employé dans cent cas d'accidents de la rue loue la sûreté de la méthode. Sans l'emploi d'aucun narcotique on obtient une anesthésie complète étendue à tous les tissus, véritable anesthésie protoplasmique (Allen). C'est ainsi que la

section du sciatique dans l'amputation de cuisse ne donne lieu à aucune manifestation locale ou générale. D'autre part l'absence de shock, l'arrêt de l'infection, même dans la gangrène gazeuse sont inappréciables. Dans quatre cas seulement de Loubachew, il y a eu suppuration de la plaie. Les examens bactériologiques ont montré que, après réfrigération, les micro-organismes ne sont pas entièrement détruits mais leur pullulation inhibée, et, après réchauffement, ils recouvrent leur capacité de croissance, mais leur nombre et leur vitalité sont très diminués.

H.-E. Mock de Chicago a pu effectuer 50 grandes amputations sans anesthésie par le froid sans avoir eu de shock opératoire, même chez un blessé où les deux jambes ont été amputées en une seule séance et ce blessé a parlé, plaisanté, pendant toute l'opération ; il n'avait cependant reçu ni transfusion, ni aucun stimulant.

Grossman W. et Allen F. M. rapportant la statistique du service de chirurgie du City Hospital de New-York constatent que dans les amputations pour diabète et thrombose des vaisseaux la mortalité est tombée de 65 à 15 %.

Fr.-M. Massie (Lexington) donne de son côté les chiffres suivants concernant les amputations de cuisse pour gangrène : entre 1932 et 1942 (avant la congélation) pour 72 amputations on a eu 12 décès soit 16,6 % ; entre 1942 et 1945 (avec congélation) pour 30 cas, 5 décès, soit 16,6 %. Le pourcentage est identique, mais les chiffres (30 amputations en 3 ans contre 72 en 10 ans) montrent que depuis l'emploi de la glace, au lieu de choisir les meilleurs cas comme auparavant, on a pu opérer *tous* les cas, même ceux qui paraissaient inopérables à leur arrivée.

M. Durieux a rapporté il y a peu de temps des observations à la Société de Médecine militaire française et constaté qu'il s'agit là d'un progrès certain.

Naturellement la méthode de réfrigération peut être employée dans les *opérations mineures des membres :* amputations et désarticulations des doigts, orteils, incision des abcès, panaris etc.

*
**

On a signalé un certain nombre d'*inconvénients de la réfrigération.*

D'abord elle est très absorbante pour un service chirurgical, nécessitant une grande perte de temps. Mais n'en est-il pas de même pour l'emploi de la pénicilline que nul ne songerait à discuter maintenant ?

Si l'anesthésie n'est pas toujours parfaite c'est parce que le chirurgien a opéré trop vite, ne laissant pas le temps d'agir au refroidissement et au garrot.

La présence prolongée du garrot amène chez les vieillards à tissus peu vivaces un œdème persistant au-dessus de la striction.

La cicatrisation de la plaie est retardée. Ce point est discuté. Les expériences de A. Lay, J. Bruneau et P. Heinebecker sur le chien montrent bien que, surtout si la réfrigération a été longtemps prolongée, plus de 48 heures, la cicatrisation des plaies est retardée. Mais plusieurs auteurs opérant chez l'homme signalent une cicatrisation normale, ou même accélérée, ce qui est beaucoup dire.

Si les tissus ont subi une réfrigération prolongée, il semble bien qu'ils présentent, après la cessation du froid, une diminution de la résistance à l'infection (Brook et Duncan, Large et Heinbecker, Richards, Allen).

Il faut avouer que ces inconvénients pèsent peu en face des avantages constatés.

*
**

Un de ceux-ci, et non des moindres, est l'*action bactériostatique* et anti-infectieuse nette du refroidissement tant que le membre y reste soumis.

Cette action, nous l'avons déjà signalé, est nette sur le développement de la gangrène gazeuse : l'augmentation de la teneur des tissus en oxygène agit énergiquement contre les anaérobies et arrête leur pullulation. Massie rapporte un cas de gangrène gazeuse très grave dans lequel, grâce à la réfrigération, une amputation retardée a pu sauver la malade.

Il résulte de ces faits que l'emploi de la réfrigération est à envisager pour le transport des blessés à longue distance pour prévenir l'infection et le choc toxémique pendant le trajet. On trouve dans les publications américaines des exemples (T. Fay) de transport à un hôpital lointain de blessés dont la partie traumatisée fut entourée de glace, évitant ainsi la gangrène gazeuse et même l'infection.

Si cette technique est d'une application relativement facile en pratique civile, son emploi en pratique de guerre (transport des blessés du poste de secours jusqu'à l'ambulance ou l'hôpital d'évacuation) semble d'une réalisation plus complexe.

*
**

Voyons maintenant les applications moins importantes et de portée moins générale de la réfrigération signalées dans les diverses publications.

La réfrigération est considérée en Angleterre comme la méthode de choix pour le traitement du *syndrôme de contusion,* dû à l'absorption d'une toxine au niveau des tissus écrasés.

En cas de *thrombose* ou d'*embolie dans l'artère principale du membre,* la mise immédiate dans le pansement glacé, ainsi que d'un garrot au-dessus du siège de l'oblitération supprime la douleur si violente chez ces malades, empêche aussi le danger de gangrène et l'accroissement du thrombus en laissant au chirurgien tout le temps nécessaire pour préparer une opération d'embolectomie, sans avoir aucune autre anesthésie à donner (T. Fay). L'opération pratiquée au bout de 24 à 48 heures, il faut avoir soin de maintenir encore dans un froid modéré la partie du membre au-dessous du champ opératoire alors qu'on réchauffe la partie située au-dessus. Le réchauffement brusque de la partie périphérique pourrait amener une nouvelle thrombose avec gangrène

Pour certains auteurs (Kross, Allen) la réfrigération est la meilleure médication des *brûlures étendues.* Dès que la région malade est plongée dans l'eau glacée ou couverte de glace, on obtient une sédation immédiate de la douleur. Par la suite l'infection est évitée, ainsi que l'absorption des produits toxiques au niveau de la plaie, et la cicatrisation est hâtée. Kross se contente de couvrir la plaie d'une couche de gaze paraffinée sans faire d'irrigation ni de débridement. Sur cette gaze repose un sac de glace ou un serpentin à circulation d'eau froide. Chez un malade atteint de brûlures étendues Kross a pu maintenir une température de 4 à 5° pendant 11 semaines.

La réfrigération constitue un des moyens employés pour prolonger l'action de la pénicilline en retardant son rythme d'absorption dans les tissus (Trumper H.-W., Abraham E.-P., Chain E., Fletcher C.-M., Gardner T.-D., Rannelkamp C.-H. et Keefer C.-S.). Par suite de la vaso-constriction locale de tous les tissus au niveau de la zone d'injection, il suffit de placer deux heures avant l'injection un sac de glace sur la région deltoïdienne, et de le maintenir 6 à 12 heures après. On obtient ainsi un taux de pénicilline suffisant dans le sang pendant 6 à 12 heures, ce qui permet d'espacer les injections et les rend indolores.

Webster J.-P. signale aussi les bons résulats obtenus par la réfrigération des plaies sur lesquelles on a fait des *greffes de peau.*

Allen, Massie, conseillent aussi son emploi dans les *piqûres et morsures* d'insectes et animaux venimeux sans l'emploi du garrot.

*
**

Au total, en ne considérant que ces grandes indications : lutte contre le shock et l'infection, anesthésie dans les amputations des membres, on voit que l'emploi de la réfrigération peut être appelé à rendre de grands services dans le traitement des grands traumatismes des membres dans la pratique civile : transport à distance, préparation à l'opération, technique de l'amputation.

Son application à la pratique militaire à proximité du champ de bataille et dans les hôpitaux d'évacuation est plus difficile et demandera, s'il le faut, une organisation spéciale.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

1938 Allen F.-M., *Surg. and Obst.*, 67, 746-751.
1941 Mc Elvenny R. T., *Surg. Gyn. and Obst.*, 73, 263-284.
— Brooks et Duncan. *Annals of Surgery*, 114, 1069-1075.
— Florey (H.-W., Abraham E. P., Chain E., Fletcher C.-M., Gardner T.-D., Healtey N.-G., Jennings M.-A., *Lancet*, p. 2177.
1942 Crossman, Rugciero, Hurley et Allen. *Arch. of Surg.*, 44, 139-156.
— Brooks et Duncan. *Annals of Surgery*, 116, 130-137.
1943 Fay T., *J. A. M. A.*, 121, p. 1109.
— Mock Harry et Mock Harry E. Jr, *J. A. M. A.*, 123, 13-16.
— Hecley E.-R., *Arch. Surg.*, 46, 518-524.
— Mock H. E. Jr, *J. A. M. A.*, 122, 597-598.
— Cole W.-H., *Arch. of Physiological Therapy*, 21, nov., p. 670.
— Rannelkamp C.-H. et Keefer C.-S., *J. Clin. investigations*, 22, p. 425.
— Devine, *J. Med. of Australia*, 2, 11 déc., p. 476.
1944 Webster J.-P., *Annals of Surgery*, 120, 431-449.
— Large et Heinbecker P., *Annals of Surg.*, 120, 707-709.
— Richards V., *Annals of Surgery*, 120, 178-200.
— Lobachew S.-V., *Khirurgiya*, Moscou, 2, 3, p. 54.

— Large A., Bruneau J. et Heinbecker P., *Annals of Surg.*, 120, nov., p. 816.
— Trumper, Bax et Halter, *Am. Sciences*, 100, 20 nov., p. 432.
1945 Mc Elvenny R. T., *Surg Clin., N. A.*, 25, p. 192-205.
— Allen E. M., *Am. J. Surg.*, 68, p. 170-184.
— Allen E.-M., *Anesth. et Analg.*, mars-avril.
— Ars Medici. *Revue Générale*, p. 482.
— Durieux M., Société de Médecine Militaire Française, séance du 8 nov.
1946 Grossman W. et Allen F.-M., *J. A. M. A.*, vol. 130, n° 4, 26 janvier, 185-189.
— Editorial, *J. A. M. A.*, 3 mars, vol. 130, n° 9, p. 573.
— L. Imperatori, *Giornale Ital. di chirurgica*, vol. 2, n° 6, p. 308 in *Diagnosi*, août, p. 312.
— Mock H.-E., *J. A. M. A.*, 130, p. 4.
— Lobachew, S.-V., *Current. Researches in anesth. analg.*, n° 1, p. 22-30.
— Wolfram S. T. *Wiener Klin. Woscher*, 58, n° 4, p. 56-60.
— Massie M. *Annals of Surg.*, 123, n° 5, p. 939-947.
— Ars Medici. *Revue Générale*, vol. 1, n° 4, 15 déc., p. 201.

Le sucre dans l'alimentation

par J.-M. Le Goff

Dans une note précédente (1), j'ai rappelé les travaux bien anciens de Magendie sur la valeur alimentaire du sucre. Magendie la niait. Malgré le temps (les recherches ont été présentées par leur auteur à l'Académie des sciences le 19 août 1816), les travaux de Magendie n'ont rien perdu de leur actualité.

Pendant les années de l'occupation, à défaut d'aliments orthodoxes, on a cherché à augmenter les calories et on a ainsi exagéré l'importance du sucre. Ce fut une erreur que MM. Lesné et Charles Richet ont bien montrée ici même (2). Pour un nombre identique de calories, la quantité de glycides doit être diminuée au profit des protides ou des lipides ; de plus, la proportion des glycides insolubles par rapport aux glycides solubles doit être diminuée.

Cette vérité a souvent été perdue de vue.

Depuis le début du siècle dernier, la consommation du sucre n'a cessé en effet de s'accroître d'une année à l'autre ; ainsi en 1820 chaque Français ingérait journellement 8 grammes de sucre (saccharose) ; en 1890, 33 grammes ; en 1911, 50 grammes...

Par une propagande suivie, on a répandu dans tous les milieux sociaux, l'idée que le sucre était un aliment complet. Le professeur Landouzy, dans une conférence qu'il fit à la Sorbonne devant les Amis de l'Université (3), ne déclarait-il pas : « Il faudrait « développer enfin dans l'armée, comme on cherche à le faire « parmi les ouvriers de force, le goût des mets sucrés. Le sucre « n'est pas un condiment ; cette conception moyenâgeuse n'est « plus de mise, même chez les plus ignorants ; tout le monde « commence à admettre les vertus énergétiques du sucre. Cette « denrée est loin cependant d'avoir conquis sa place dans l'ali« mentation des gens qui peinent. Au lieu de le considérer « comme un aliment, les travailleurs usent du sucre comme d'un « simple condiment...

« *Une douceur.* — La preuve en est que deux de nos enquêtés « qui mangeaient du sucre en prenaient peu, un morceau (sept « grammes) ou un demi-morceau dans toute la journée ! Et « pourtant comme l'a montré notre illustre physiologiste « M. Chauveau, le sucre est l'aliment énergétique par excellence, « presque immédiatement utilisable par l'organisme. Aussi la « consommation par travailleur et par jour, du sucre, ne coûtant « actuellement à Paris qu'un tiers de plus que le pain, devrait-elle « être au moins de 40 à 60 grammes, représentant 6 à 8 mor« ceaux sciés. Le sucre peut se substituer à l'alcool de vin avec « des avantages économiques et hygiéniques tels que 9 à 10 mor« ceaux équivalent en énergétique à un demi-litre de bon vin « naturel [contenant, en moyenne, 35 à 50 grammes d'alcool « environ].

« Quant aux 6 à 7 grammes de cette denrée (sucre) que com« porte théoriquement l'alimentation du soldat, ils ne peuvent « vraiment être considérés que comme ayant été placés là pour « remplir un rôle sapide et nullement un rôle énergétique. C'est « donc par 40 grammes, au minimum 5 à 6 morceaux, que « devrait se compter la ration de sucre du troupier. »

C'est en se basant sur ces déclarations que MM. Guillain, Pasqual, Defontaine, Dron, Potic, Hanet, Basly, Goniaux, Vincent et Lamendin présentèrent à la Chambre des Députés un amendement (1) tendant à augmenter le crédit du chapitre 40 du budget de la guerre d'une somme de 1.500.000 francs pour que la ration de sucre du soldat soit augmentée de 12 grammes et distribuée quotidiennement à *tous* les soldats sous les drapeaux. M. L. Guillain, député de Nord, défendit l'amendement :

« La troisième République a beaucoup amélioré l'ordinaire du « soldat, ce qui me fait plaisir, mais je regrette que le sucre « ne soit pas, comparativement aux autres denrées alimentaires, « distribué aux troupes en quantité suffisante. C'est un ali« ment de première nécessité, composé de carbone, d'oxygène et « d'hydrogène. Il a une grande puissance nutritive. C'est même « un aliment par excellence ; il fournit aux muscles l'énergie « nécessaire pour la production du travail ; il rend l'activité plus « grande, la digestion plus facile et, *sans impôt* ne coûte pas « plus cher que le pain. Il se transforme dans l'organisme en « glucose qui se dédouble en acide carbonique et en eau. Il « calme par conséquent la soif, etc., etc.

« Nous voulons tous combattre l'alcoolisme ; si quelque « chose est appelé à remplacer l'alcool c'est le sucre. Le sucre « ne coûte pas. *sans l'impôt*, plus cher que le pain. Si vous ne « voulez pas augmenter le crédit, vous pouvez à la rigueur dimi« nuer légèrement la ration de pain. Soyez persuadés que nos « soldats accepteront avec plaisir ce remplacement d'une partie « de la ration de pain par du sucre... J'ose espérer que lorsque « nous aurons augmenté la ration de 12 grammes, l'an prochain « la Chambre accueillera le nouvel amendement que je déposerai « tendant à augmenter la ration de sucre pour arriver à 50 gram« mes, quantité indispensable. Et vous ne voudrez pas refuser ce « petit morceau de sucre à ces braves serviteurs de la défense « nationale (*très bien! très bien sur divers bancs*). J'ai encore « présente à la mémoire la parole du grand chimiste Berthelot « qui disait : « Un jour viendra où tous les hommes auront dans « leur poche une tablette chimique. »

La réplique du ministre de la Guerre empêcha la Chambre de voter l'amendement ci-dessus, elle mérite d'être connue :

« Indiquer que l'on peut remplacer du pain par du sucre, c'est émettre une assertion tout à fait inexacte. »

L'expérience a été tentée pour les chevaux : on a essayé de « les nourrir avec des substances mélassées. Le résultat a été « tout à fait concluant. Cette alimentation convient aux estomacs « fatigués, c'est excellent dans certaines circonstances, mais pour « l'alimentation ordinaire, on obtient des résultats déplora« bles. » (1).

***

Le Dr Teizo Iwai, de Tokio, recherchant la limite d'assimilation du sucre de canne chez les animaux domestiques (2) est arrivé aux conclusions suivantes :

Chez le veau, on obtient la glycosurie alimentaire en donnant 17 grammes de sucre par kilo corporel, dans deux cas on nota un véritable empoisonnement causé par l'ingestion du sucre : l'un perdit l'appétit, eut de la fièvre (39°7), ses jambes de derrière fléchirent, il marcha difficilement, mais reprit graduellement son état normal après la suppression du sucre ; l'autre mourut 55 heures après la prise du sucre ; à l'autopsie, on trouva l'estomac et l'intestin enflammés, ainsi que le péricarde et le muscle cardiaque montraient plusieurs pétéchies, l'urine renfermait une forte proportion de glucose.

Chez le cheval on peut obtenir la glycosurie en donnant à l'animal 0 gr. 50 à 0 gr. 60 de sucre de canne par kilo corporel, à la suite d'expériences répétées, on constata chez un sujet la disparition de sa vigueur habituelle.

On peut rendre le mouton glycosurique en lui donnant 6 à 7 grammes de sucre par kilo corporel.

Il suffit de donner au porc 9 grammes et au chien 4 grammes par kilo corporel pour faire apparaître la glycosurie alimentaire. C'est le veau qui possède la plus grande tolérance pour le sucre, soit 17 à 18 grammes par kilo corporel, le chien la plus faible.

Il y aurait lieu de rechercher quels sont les produits d'oxydation, de réduction et de polymérisation du saccharose chez les sujets sains et les sujets malades, de déterminer les modifications du pH sanguin sous l'influence de ces divers produits. On sait que le sucre est dédoublé en glucose et en lévulose sous l'influence de l'invertine ; ces deux corps peuvent être oxydés en donnant de l'anhydride carbonique et de l'eau, le lévulose peut

(1) Le sucre dans l'alimentation, par J.-M. Le Goff. *Gaz. hôp.*, n° 24, 9 novembre 1946, p. 494.
(2) Une grande erreur alimentaire, par Edmond Lesné et Charles Richet. *Gaz. hôp.*, n° 24, 9 novembre 1946, p. 493.
(3) Landouzy, L'alimentation rationnelle. *Revue scientifique*, 12 septembre 1908, page 333.

(1) *Journal officiel*, 24 mars 1911, page 1419.
(2) Le diabète sucré. To Nyo Byo chez les Japonais. *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1916, tome XXVII.

donner de l'acide lactique. Dans certains cas, le sucre peut donner de l'oléostéaropalmitine, corps gras que l'ultramicroscope nous montre dans le sang sous forme de gouttelettes appelées hémokonies et qui sont animées d'un mouvement perpétuel dit mouvement Brownien suivant la formule :

$$13C^6H^{12}O^6 = C^{55}H^{104}O^6 + 23CO^2 + 26H^2O$$

C'est par un procédé analogue que la mannite du fruit de l'olivier se transforme en huile.

***

Thorne M. Carpenter, directeur du *Nutrition Laboratory* de Boston (1), a déterminé chez l'homme sain les variations du quotient respiratoire. Au moyen de l'appareil de Benedict, il a recueilli les gaz de la respiration après l'ingestion de 25 grammes de saccharose et les a analysés. Il a trouvé suivant la méthode qu'il avait préconisée un accroissement brusque et de courte durée du quotient respiratoire dans les deux premiers quarts d'heure qui ont suivi la prise de sucre avec retour à l'état normal à la fin de l'heure. Avec le glucose et le lévulose, la combustion est moins rapide et s'étend sur une durée de trois à quatre heures.

(1) The combustion of carbohydrates in man. *The Journal of nutrition*, vol. 19, n° 5, mai 1940.

Si l'on compare ce phénomène à ce qui se passe dans nos foyers, la combustion du saccharose serait analogue à celle de la paille. Ce serait un feu de paille.

En conclusion, on peut admettre que ce « feu de paille » dégage des calories. Le sucre fait de même.

Si dans l'alimentation on ne doit pas lui donner l'importance envisagée au siècle dernier par beaucoup d'auteurs, on peut, en raison de ses calories, seulement, l'utiliser en proportion moindre en laissant aux protides et aux lipides la prépondérance qui doit être la leur.

NOTE

Je dois à l'obligeance du professeur E. F. Du Bois de l'Université Cornell de New-York (dont la *Gazette des Hôpitaux* du 31 mars 1925 a déjà donné un article) un opuscule publié par la *Sugar Research Foundation* qui préconise l'emploi d'injections intraveineuses de solutions de *sucrose* (saccharose) qui s'éliminent totalement en 24 heures en produisant un abaissement de la pression du liquide céphalorachidien et une augmentation de la diurèse pendant trois heures (1). Ces injections ont été utilisées dans l'asthme, les troubles circulatoires, l'œdème pulmonaire, le glaucome, l'alcoolisme chronique.

(1) *Intravenous sucrose administration in clinical practice*, par C. Jellef Carr, Ph. D. associate professor of Pharmacology, University of Maryland, juillet 1945.

ACTUALITÉS

A propos du diagnostic des comas

Reconnaître la cause d'un coma n'a pas cessé d'être parmi les problèmes que présente la pratique courante comme l'un des plus ardus. Dans tout syndrome il est, certes, délicat de remonter à la cause ; ici l'absence intellectuelle du patient, qui prive l'enquête d'une grande partie des données subjectives vient s'opposer au médecin qui demeure en présence d'un bloc de signes généraux et de signes physiques souvent confus. Il lui sera nécessaire de ne laisser échapper aucun indice capable de venir au secours de son savoir-faire.

Les progrès récents, ceux du laboratoire surtout, complètent de façon apparemment précieuse l'apport de la médecine classique ; « in libro » tout au moins. Le bienfait est surtout réel pour le médecin de grande ville ou en médecine hospitalière ; il est surtout apparent pour le clinicien isolé, réduit à ses seuls moyens et restera tel longtemps sans doute. Mais pour tout médecin, compter sur ces données seules pour résoudre le problème serait se condamner à l'impuissance et ajouter aux difficultés de l'interprétation clinique d'autres difficultés propres à l'interprétation des données de laboratoire.

Il faut au clinicien ne compter que sur lui-même et tirer parti de tout.

Le hasard des circonstances fournit parfois des renseignements sur les *commémoratifs* ou même sur les antécédents du patient que l'on ne saurait négliger et qui peuvent, dès le début, orienter utilement le diagnostic.

Les renseignements sur le *début des accidents*, bien que souvent incomplets ont souvent un mérite d'exactitude évidente et d'objectivité ; même lorsqu'ils sont indirects ou un peu retardés ils ne sauraient être négligés. La soudaineté d'un début prend souvent au dépourvu un témoin sujet à émotion, mais il est évident que la notion d'un coup de soleil ou d'un coup de chaleur, d'un traumatisme cranien, celle d'une intoxication collective, d'une crise comitiale, sont des éléments primordiaux.

Les renseignements sur les *antécédents* méritent même attention mais peuvent ne pas parvenir au médecin lors du premier examen ; la notion d'urémie, de diabète, d'épilepsie, un passé paludéen éclaircissent grandement le problème et ne laissent plus à établir qu'une vérification ou la précision d'un mécanisme. De même l'existence dans le passé d'ictus caractérisés ou frustes, de céphalées habituelles, de vomissements.

C'est ensuite une appréciation judicieuse de l'apparence et de l'*attitude du malade* qui s'impose au médecin. Un facies rouge et vultueux devra aiguiller vers l'insolation, l'hémorragie cérébrale et parfois les méningites ou le rhumatisme cérébral ; la mélanodermie au contraire vers la possibilité d'un accès pernicieux palustre ; la pâleur vers l'urémie, le coma diabétique ; la bouffissure blême vers l'urémie, le diabète, l'épilepsie ; le teint rouge ou rosé vers une intoxication oxycarbonée.

Si la *morsure de la langue* et l'écume sanguinolente aux lèvres qui doivent aiguiller vers l'épilepsie sont habituellement d'une constatation aisée, il est parfois au début, plus malaisé de découvrir une asymétrie faciale toute récente et peu accentuée et de vérifier l'éventualité toujours redoutable d'une lésion cérébrale en foyer.

L'âge du malade est dans quelques cas mais non toujours un élément entrant en ligne de compte dans la prévision ou le refus vraisemblable de certaines éventualités.

Un heureux hasard peut rendre les médecins témoins de *convulsions ;* il leur est alors possible de former quelque présomption quant à l'éventualité d'accidents hystériques ou épileptiques ; il faut le plus souvent s'en remettre à la description de témoins qu'il n'est pas toujours aisé de confesser en sauvegardant dans le questionnaire leur indépendance en même temps qu'on tente de les faire clairs et complets ; d'autres causes importantes de convulsions ne doivent d'ailleurs jamais être perdues de vue : urémie, méningites de diverses étiologies, hémorragies intracraniennes, abcès du cerveau, tumeurs même.

A tout âge, mais surtout chez l'enfant, il importe de vérifier l'*apparence de l'abdomen* dont la rétraction est au cours des méningites un signe important que l'apparition même du coma ne fait pas disparaître.

Selon leurs caractères, que précisera l'examen et leur localisation, les *contractures* orientent le diagnostic vers la possibilité d'hémorragies cérébrales ou méningées, vers des méningites, vers certaines intoxications, la strychnine en particulier.

La *résolution musculaire* au contraire est l'un des signes importants dans le coma alcoolique, le coma diabétique. L'examen de l'état des membres, la *recherche de paralysies* et de leur distribution, de la déviation conjuguée de la tête et des yeux, du signe de Babinski et des divers signes objectifs décrits par les auteurs nécessitent une patience et un soin sans défaillance, conditions nécessaires pour arriver à un diagnostic, surtout dans les formes légères.

L'*examen de la sensibilité* est souvent décevant du fait de l'inconscience plus ou moins profonde du sujet examiné ; si imparfait qu'il soit, son intérêt ne laisse pas d'être grand et il est indispensable de ne laisser échapper aucune des réactions du patient si faibles qu'elles puissent être durant un coma profond; des mouvements réflexes associés témoignent que toute sensibilité n'est pas détruite. A noter aussi les douleurs provoquées par la pression sur les articulations au cours du rhumatisme cérébral.

Divers indices sont à saisir du côté de *l'appareil respiratoire :* odeur alcoolique ou odeur acétonique de l'haleine, odeur alliacée de l'intoxication phosphorée, rythme respiratoire de Cheyne-Stokes de l'urémie, de Kussmaul du diabète, irrégularités respiratoires des méningites.

L'*examen circulatoire* qui permettra de percevoir un bruit de galop gauche éveillera évidemment l'idée d'accidents urémiques.

L'examen du pouls avec la mesure de la tension artérielle sont les compléments nécessaires de l'examen respiratoire qui s'impose. Dans les méningites, le pouls est habituellement irrégulier ; il est ralenti dans l'hémorragie cérébrale et les hyper-

tensions intracraniennes ; son ralentissement extrême peut même ouvrir des horizons vers le diagnostic, plus rarement à porter dans les comas, de pouls lent permanent.

Quant à la tension artérielle, si elle est abaissée dans la commotion cérébrale et le diabète, plus abaissée encore dans la maladie d'Addison, son élévation, au contraire, est constante dans l'hémorragie méningée, l'hémorragie cérébrale et surtout dans l'urémie.

L'*examen de la bouche*, la mesure de la *température rectale*, l'examen des *urines* rentrent dans les techniques d'exécution aisée et courante ; nous n'insisterons pas sur la valeur clinique d'une anurie, d'une albuminurie, de présence d'acétone ou de certains produits résultant d'une ingestion toxique qu'un praticien peut par ses moyens mettre en évidence.

Les *vomissements*, la *diarrhée*, avec les caractères particuliers qu'ils présentent, sont le point de départ de constatations importantes, mais les circonstances ne permettent pas toujours, surtout à un premier examen, de les examiner.

L'examen du fond d'œil, celui du *liquide céphalo-rachidien* entrent déjà dans la catégorie des examens de magnificence qui nécessitent une aide dont un praticien peut ne pas disposer. Leur importance et la nature de leur résultat les rend seulement souhaitables aussitôt et aussi souvent que les circonstances le permettront.

Le diagnostic des comas est en quelque sorte pour le médecin l'occasion d'une révision générale de connaissances théoriques et de son expérience personnelle ; l'enseignement théorique a traduit cette universalité, parfois sous forme de tableaux ingénieux complets et exacts, presque trop parfois si l'on tentait d'y faire entrer de force une réalité indocile. Il faut surtout dans le diagnostic des comas interpréter avec bon sens et sang-froid les résultats d'un examen logiquement et simplement conduit ; faire aussi preuve d'un léger scepticisme statistique et se refuser avant tout raisonnement à mettre sur le même plan qu'une exceptionnelle intoxication par les cyanures, le diabète, l'urémie... ou l'abus des boissons fortes.

R. Levent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 28 janvier 1947

La place et la signification de la pleurésie sérofibrineuse au cours de l'infection tuberculeuse. — M. Armand-Delille. — La pleurésie sérofibrineuse n'est pas le résultat d'une simple localisation du bacille sur la plèvre mais un signe de la granulie plus ou moins discrète qui succède à la primo-infection ; en même temps par bacillémie le poumon est ensemencé et après un temps plus ou moins long pourra se développer une tuberculose qui aura les caractères d'une manifestation tertiaire.

Elle est donc rare chez l'enfant, peu résistant et qui fait rapidement une granulie mortelle, moins rare chez les adolescents et les adultes mieux allergisés.

L'épanchement implique une imprégnation bacillaire de l'organisme et la localisation ultérieure aux poumons presque inevitable.

Tout pleurétique doit être considéré comme un tuberculeux ; trois ans de surveillance avec cure sanatoriale sont nécessaires pour éviter une tuberculose pulmonaire ultérieure.

La prévention et la thérapeutique de la silicose par l'aluminium et l'alumine. — MM. Policart et Hanaut. — Nombre d'essais ont été faits pour utiliser l'interaction physique ou chimique de l'aluminium et de l'alumine sur la silice contre les accidents de la silicose, avec des succès divers. L'action des poussières d'aluminium chez l'homme nécessite encore de longues études avant aucune conclusion. Il est pourtant certain que l'aluminium peut aggraver la tuberculose en évolution ; il est donc prudent d'en différer l'usage comme l'a recommandé pour sa part l'American Medical Association.

Avec l'alumine les résultats toujours partiels sont de plus discordants ; les signes fonctionnels, la dyspnée surtout, sont seuls améliorés ; l'étude paraît cependant mériter d'être poursuivie.

Conditions de la réaction d'agglutination des hématies de poulet par les virus de la grippe. — MM. Vieuchange, Sauter et Reinié. (Présentation faite par M. Trefouël). — La dilution des suspensions virulentes, le taux de la suspension d'hématies et la provenance des hématies ont une influence sur l'agglutination ; il y a liaison dans une certaine mesure entre le pouvoir hémagglutinant et le pouvoir infectieux des virus de la grippe.

Quelques données nouvelles sur la durée de l'allergie et de la résistance antituberculeuse chez les sujets vaccinés avec le B.C.G. par la voie dermique. — MM. Nègre et Bretey. — Chez les enfants et les adultes vaccinés par scarification cutanée avec des suspensions de B.C.G. concentrées, l'allergie conférée disparaît entre deux ans et demi et trois ans et demi après cette prémunition mais que la résistance contre la tuberculose est sans doute de plus longue durée. L'allergie cesse donc au bout d'un certain temps d'être un critère valable de la résistance à la tuberculose.

Note sur la vertu thérapeutique des injections utéro-tubaires de lipiodol dans la stérilité féminine. — M. André Chalier. — Chez deux malades pour lesquelles on avait employé le lipiodol comme moyen d'exploration et par la suite effectué des opérations chirurgicales la stérilité avait reparu après une première grossesse menée à son terme. Une nouvelle injection lipiodolée, non suivie d'intervention, fut suivie chez ces malades d'une deuxième grossesse. Dans des cas exceptionnels le lipiodol agirait donc comme un traitement : redressement de courbures salpingées, débouchage de la trompe, action cicatrisante sur un épithélium malade sont les modes d'action possibles de ce médicament.

Utilisation de la méthode rapide au vert-janus pour le titrage de la streptomycine. — M. Prevot (présentation M. Trefouel). — La méthode de titrage rapide au vert-janus peut servir à l'étude de nombreux antibiotiques, en particulier, au titrage de la streptomycine. En utilisant la même souche de *Cl. butyricum* qui sert au titrage de la pénicilline, et le tube de Hall agité manuellement, le résultat est obtenu en deux heures. La dose de 0 cm 3,1 de culture jeune de cet anaérobie est inhibée par 3 gamma de streptomycine cristallisée, soit 3 unités Waksman.

Par cette méthode a été déterminée la streptomycino-sensibilité de quelques anaérobies : W. perfringens 136 u. ; Cl. septicum 30 u. ; Cl. histolyticum 36 u. ; streptococcus putridus 116 u. Les anaérobies pathogènes sont donc moins sensibles à la streptomycine qu'à la pénicilline. Une amélioration de la méthode est proposée : remplacement de l'homogénéisation manuelle par l'homogénéisation électro-magnétique.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 janvier 1947

Syndrome de Sjögren. Syndrome arthro-oculo-salivaire. — MM. S. de Sèze, E. Hartmann et J. Vermeil. — Première observation française, où se trouvent réunis au complet, les trois éléments de ce curieux syndrome associant une polyarthrite, une kérato-conjonctivite sèche et une inflammation des glandes salivaires (dans ce cas, parotidite et sous-maxillite) avec sécheresse de la bouche et du pharynx.

Il existe certainement des formes incomplètes de ce syndrome : dans une deuxième observation rapportée par les auteurs, existe une kérato-conjonctivite sèche associée à des manifestations articulaires, sans atteinte parotidienne ni bucco-pharyngée. D'autres formes dissociées sont possibles.

Il sera intéressant d'étudier à fond les conditions de cette triple localisation arthro-oculo-parotidienne, dont on retrouve d'ailleurs des exemples en dehors du syndrome de Sjögren, dans d'autres chapitres de la pathologie (J. Marche).

Un cas de maladie de Steinert (myotonie atrophique). Action de l'opothérapie thyroïdienne. — MM. René Bénard et Kerbrat ont observé un cas de cette affection qui n'est pas très fréquente en France. Elle est caractérisée par une myotonie avec lenteur de la décontraction, comme dans la maladie de Thomsen, mais s'accompagne d'atrophie musculaire. Les autres symptômes en sont le ptosis, une cataracte ponctuée, décelable à la lampe à fente, des troubles du squelette, un aspect acromégaloïde, mais avec une selle turcique petite et clinoïdes fortement développées. Elle comporte, en outre, d'importantes modifications électriques, constituées par l'existence d'un galvanotonus et une augmentation considérable de la chronaxie. Cette affection est généralement héréditaire et familiale. Toutes ces caractéristiques se retrouvent dans le cas étudié par les auteurs.

Une thérapeutique par les extraits thyroïdiens à très haute dose (22 gr. en un mois), instituée par eux a été admirablement tolérée et n'a donné lieu à aucune manifestation d'intolérance.

Elle a par ailleurs abouti à une diminution, véritablement remarquable de la chronaxie et une disparition de la réaction myotonique.

Fièvre boutonneuse ou fièvre exanthématique du littoral méditerranéen. — MM. René Bénard et Kerbrat. — Cette affection, fréquente dans le midi de la France, est exceptionnellement signalée à Paris. Caractérisée par une éruption abondante et généralisée, même à la paume des mains et à la plante des pieds de taches de coloration rouge vif, mesurant de 2 à 5 mm. de diamètre, cette affection est remarquablement bénigne. Le réservoir de virus est constitué par le chien, dont le sang est virulent, sans qu'il soit lui-même incommodé. L'agent vecteur est une tique « Rhipicephalus sanguineus », l'agent pathogène « Rickettsia Conori ». L'affection n'est pas contagieuse d'homme à homme, elle n'est pas épidémique. Elle apparaît généralement au décours des étés chauds. Son incubation est de 10 à 12 jours. Elle est remarquablement bénigne.

Le diagnostic biologique s'en fait par l'inoculation aux animaux et par un séro-diagnostic - à diverses variétés de protéus, réaction de Weil-Félix, comme dans le typhus historique. Mais ici la séro-agglutination ne se fait qu'à un taux peu élevé, elle n'apparaît que tardivement et elle ne se manifeste que sur un nombre restreint de souches.

Sa rareté sous notre latitude n'est peut-être qu'apparente, et tient sans doute à ce que le plus souvent le diagnostic n'en est pas posé. Il en existait néanmoins à Paris, il y a trois mois, quatre cas authentiques diagnostiqués.

A l'Académie de chirurgie
M. le professeur Leveuf prononce l'éloge de Félix Legueu

Avec l'éloge de Félix Legueu, prononcé par M. le Professeur Leveuf, secrétaire général de l'Académie de Chirurgie, se continue la tradition des belles notices que ses prédécesseurs Rochard, J.-L. Faure, Proust, Lenormant, Bazy, pour ne parler que de quelques contemporains consacraient chaque année à la mémoire de quelque grand chirurgien.

La notice sur Félix Legueu, que nous essayons de résumer, peut être rangée parmi les plus belles. Qui pouvait mieux faire revivre le maître que M. Leveuf, qui passa vingt-six ans auprès de lui et eut le rare privilège de connaître l'homme, le maître, le chirurgien et l'ami ?

M. Leveuf, en un excellent tableau, situe le jeune Angevin qui devait devenir son maître.

Félix Legueu était né le 12 août 1863 à Angers ; orphelin de bonne heure, il fut élevé par ses oncles, tous deux chanoines, il fut admis en 1872 à l'externat Saint-Maurice où déjà recevait son éducation la jeunesse aristocratique de l'Anjou. Dès son jeune âge il enlève tous les premiers prix. Il devait continuer dans la vie à remporter tous les succès.

« Les bons prêtres, a dit M. Leveuf, ont la renommée de savoir faire de leurs élèves d'excellents latinistes. Aussi ne faudra-t-il pas s'étonner de voir les discours de Legueu fleurir de citations latines que son excellente mémoire lui avait permis de retenir. » Excellent latiniste, Legueu était capable d'entretenir avec quelques amis une correspondance en latin ou même de soutenir une conversation dans cette langue.

« Je puis imaginer aussi qu'au cours de sa vie angevine, Legueu se rendait souvent à la cathédrale dont les parois un peu froides sont revêtues, lors des grandes cérémonies, du riche appareil des tapisseries célèbres qui exaltent toujours notre admiration. Les pompes du culte, l'éloquence des prédicateurs, ont glissé dans l'esprit du jeune néophyte un levain dont nous verrons l'action sur son esprit... »

Legueu prend sa première inscription de médecine à Angers en 1881. En avril 1883 il est reçu premier à l'externat et il se lie avec Yves-Henri Delagenière, son aîné. A la fin de 1883, il se présente et est nommé au concours de l'externat de Paris. Il accomplit sa première année d'externat à Saint-Antoine, chez l'excellent Dr Gouraud, le père du général et de notre regretté collègue et ami Xavier Gouraud. « Le jeune provincial gagne l'estime de son maître parisien au point que celui-ci lui confie pendant six mois les fonctions d'interne ».

A son premier concours d'internat, Legueu arrive interne provisoire et va passer quelques mois à la maternité dans le service de Labadie-Lagrave et à Saint-Louis dans le service de Péan.

En 1885, Legueu est interne titulaire dans la même promotion de Jonnesco, Thiery et Delagenière.

En 1886 il fait son service militaire. En 1887, il est interne de Gouraud, ses autres patrons furent Le Dentu, Lannelongue et enfin Guyon. Il obtient la médaille d'or et fait une année supplémentaire chez Guyon « auquel il demeura définitivement attaché ».

« Dès lors la carrière de Legueu se déroule à grande allure. Aide d'anatomie en 1887, prosecteur en 1890, chef de clinique de Guyon en 1892, chirurgien du bureau central en 1895 et enfin agrégé à la Faculté de médecine en 1898. Sa leçon sur les *salpingites purulentes* fit une réelle sensation, à ce que m'a dit notre collègue Edouard Michon. Ce succès valut au candidat d'être nommé premier devant Mauclaire et Jean-Louis Faure.

« Ainsi, sans une seule défaillance, Legueu avait conquis à 35 ans tous les titres qui se disputent au concours ».

Legueu se heurte bientôt à une sérieuse difficulté.

« Toute sa vie prouve qu'il s'était dévoué à Guyon sans réserves. Cependant Albarran demeurait attaché à la clinique en qualité d'agrégé. La différence d'ancienneté rendait toute compétition impossible entre Legueu et Albarran. Nul n'ignorait que ce dernier serait le successeur de la Chaire, ce qui n'empêcha pas Legueu de rester fidèlement aux côtés de son maître et celà jusqu'à la retraite de Guyon qui eut lieu en 1906.

« Voilà pourquoi Legueu s'était tourné depuis longtemps déjà vers la gynécologie, comme en fait foi le traité médico-chirurgical de gynécologie qu'il écrivit en collaboration avec Labadie-Lagrave et publia en 1898... »

... « Sans doute Legueu conserva toujours un goût marqué pour la gynécologie, mais un événement imprévu le ramena à sa vocation véritable qui était l'urologie.

« Deux ans après sa nomination de professeur à la Clinique de Necker, Albarran fut terrassé par un mal sans espoir qui devait l'emporter. C'est alors que Guyon désigna Legueu comme le successeur de sa chaire. La Faculté de Médecine ratifia ce choix en 1912... »

M. Leveuf était alors son interne ; il assista à ses débuts de professeur qui donnèrent alors la mesure de ses qualités d'organisateur. M. Leveuf assista aussi aux « transformations magiques » que Legueu fit subir à la clinique.

« Mais l'organisation matérielle d'un service est bien peu de chose si le chef n'est pas doublé de collaborateurs de grande classe. Legueu l'a dit lui-même en termes excellents : « *Le professeur s'entoure des compétences nécessaires et règle leur répartition. Ces collaborateurs il sait les choisir : il a le sens de l'ordre, les entraîne, il est le chef et l'animateur.* »

Et voici les chefs de file de la future école : Papin, angevin comme Legueu, mais d'un caractère diamétralement opposé : Marsan et di Chiara, chefs de clinique ; Verliac, chef du laboratoire et Morel et Ambard...

Pendant la guerre de 1914-1918 les élèves de Legueu sont dispersés « mais Legueu n'est pas un homme à se décourager. Il forma des équipes nouvelles dont Fey devait bientôt prendre la tête. »

***

Pour l'exposé des travaux de Legueu, M. Leveuf cède la parole à M. Fey qui, lors de sa leçon inaugurale, avait préparé un chapitre resté inédit :

« Rappeler l'œuvre scientifique de Legueu, c'est résumer 20 ans d'urologie. Il y a peu de sujets sur lesquels il n'ait parlé, discuté ou écrit. Je n'énumérerai pas ses travaux, le catalogue en a d'ailleurs été dressé dans le livre que ses élèves ont écrit au moment de sa retraite. Mais s'il faut résumer cette œuvre et en dégager les idées maîtresses qui ont été le fondement de son activité personnelle et de celle de son école, j'estime qu'il faut se limiter aux trois points suivants :

« D'abord la notion de *dysectasie du col vésical* que Legueu a substitué à celle de l'hypertrophie prostatique envisagée en bloc. La notion d'hypertrophie prostatique est une notion anatomique et mécanique qui comprend tout : beaucoup d'adénome, beaucoup de réaction inflammatoire, de la prostatite, des hypertrophies congénitales, des lésions nerveuses, bref des lésions anatomiques multiples et disparates qui n'ont qu'un point commun : la rétention qui en est la conséquence indirecte.

La notion de dysectasie est une notion fonctionnelle physiopathologique qui dégage le point essentiel, la non-ouverture du sphincter, des contingences anatomiques variables qui y président.

Ainsi Legueu a préparé le démembrement de l'hypertrophie prostatique. Lorsque la résection transurétrale est venue fournir

un moyen direct d'agir sur le col vésical, le terrain était prêt pour établir ses indications à côté de celles de la prostatectomie.

« Ensuite la physiologie pathologique de la sécrétion rénale. Legueu trouve, en arrivant à Necker, la *constante* découverte par Ambard et appliquée par Chevassu. Mais autour de la constante gravitent bien d'autres notions, celle des concentrations maxima et celle des substances avec ou sans seuil. Il resta à intégrer ces notions dans la pratique courante, à en tirer tout le parti possible, mais aussi à établir les limites de leurs possibilités. Cette mise au point a demandé des années de tâtonnements et d'expérience pour aboutir à la conclusion suivante : la constante est le meilleur test de la valeur du fonctionnement rénal à un moment donné, mais elle ne peut pas fournir une sécurité parfaite en matière de pronostic.

« Enfin la physiologie normale et pathologique des voies excrétrices. A la pyélographie, figure d'immobilité, il faut substituer la pyéloscopie qui montre le bassinet et l'uretère normaux et pathologiques, vivant et véhiculant activement l'urine par leur péristaltisme. C'est tout le problème de l'hydronéphrose et toute la pathologie des voies excrétrices qui se présente sous un jour nouvau. Ce sont les notions de motricité et de tonicité des voies excrétrices qui se dégagent et passent du domaine expérimental dans le domaine clinique.

Et quand paraît l'urographie intraveineuse, cette exploration physiologiquement parfaite mais complexe dans ses résultats, ne pourra être correctement interprétée qu'en fonction de ces notions de motricité et de tonicité que l'on doit à la pyéloscopie. »

M. Leveuf rappelle ensuite la création par Legueu des admirables *Archives Urologiques de la Clinique de Necker* publiées chaque fois qu'une œuvre capitale était achevée. Une autre création de Legueu fut celle de la *Société française d'Urologie*, dont les travaux honorent la France.

*
**

« Il me faut maintenant, dit M. Leveuf, évoquer l'homme en particulier, et d'abord l'opérateur prestigieux que fut Legueu.

« Dès le début de sa carrière, Félix Legueu se classe parmi les meilleurs chirurgiens de son époque. Comme tous ses camarades éduqués sous la rude férule de Farabeuf, il était rompu à une technique parfaite : virtuosité du bistouri, clarté dans la dissection des plans anatomiques, souci constant des délabrements inutiles, perfection de l'hémostase.

« Mais, en outre de cet ensemble de qualités chirurgicales, la mode d'alors exigeait de l'opérateur une grande élégance d'allure et de gestes. Legueu raffinait quelque peu sur ce point... »

M. Leveuf donne des exemples de « la rigueur et du sang-froid qui demeurent les qualités maîtresses du chirurgien ». Legueu les possédait au plus haut point. « Sa maîtrise s'affirmait encore lorsqu'il opérait devant une assemblée de chirurgiens d'élite, à l'occasion d'un congrès par exemple. Même en pareil cas, il n'hésitait pas à choisir les opérations les plus difficiles et ne bronchait jamais devant l'obstacle... »

« Un des traits de caractère de Legueu, qui m'a le plus séduit, c'est la manière dont il captait la confiance de ses patients... »

Nous voudrions pouvoir citer tous les détails que donne M. Leveuf sur la façon avec laquelle il savait rassurer ses malades et s'en faire aimer. Ceux-ci, à leur tour, lui témoignaient un véritable attachement.

*
**

« L'enseignement de Legueu était particulièrement brillant.

« Ses succès étaient dus tout d'abord à son éloquence naturelle dont on a beaucoup parlé : voix chaude au timbre de saxophone, coulée mélodieuse des phrases dans un rythme bien balancé, diction impeccable qui ne laisait perdre aucune syllabe, grande variété dans l'intonation qui maintenait en éveil l'attention de l'auditoire. »

M. Leveuf rappelle encore un trait bien curieux de la manière de Legueu. « Dans son discours il laissait volontiers fuser les adjectifs par salves de trois et, dans ses leçons ou dans ses articles, il divisait son sujet en trois points, comme Pasteau, et d'autres encore me le rappelaient récemment. Ce fait est rigoureusement exact. »

L'éloquence de Legueu était naturelle, mais il ne s'abandonnait jamais au hasard. Ses grands discours étaient appris par cœur, ses improvisations mêmes étaient minutieusement préparées. Sa diction était parfaite, enfin il poussait le souci de la correction jusqu'à l'étude des langues étrangères, l'espagnol en particulier, en vue d'un voyage dans l'Amérique du Sud et avec la volonté de fer qui était la sienne, il réussissait.

M. Leveuf donne ensuite d'intéressants détails sur la vie de Félix Legueu, sur sa sobriété : il ne fumait pas, il ne buvait jamais de vin.

« C'est à sa volonté qu'il devait de conserver une attitude droite, un pas égal, mesuré et un peu traînant. »

« C'est par un effort de volonté aussi qu'il imposa à sa vie une régularité d'horloge et cela sans aucune défaillance. »

La cuirasse d'impassibilité que nous lui avons connue cachait plutôt une certaine timidité et une grande simplicité alliée à une bienveillance dont beaucoup d'entre nous gardent un souvenir ému.

M. Leveuf rappelle enfin la vie de famille de Legueu, entre Mme Legueu et ses deux fils dont il était si justement fier. Il aurait pu au moment de sa retraite, prendre des vacances comme tout le monde ; il préférait se consacrer à des œuvres comme l'hôpital-école des Peupliers créé par Guyon, ou à la Croix-Rouge française à laquelle il apporta la plus utile des directions, ou enfin à l'Association des Internes et Anciens Internes dont il fut l'inoubliable président. Mais la guerre de 1939 survient, Legueu, à 76 ans, reprend un service à Beaujon...

Et alors se produisit un tragique accident : « Mme Legueu faillit mourir dans son cabinet de toilette intoxiquée par le gaz du chauffe-bain. Et j'entends encore Legueu me raconter d'une voix un peu lassée la stupidité d'un tel événement. »

« Comment soupçonner que lui-même disparaîtrait quelque temps plus tard, victime d'un accident analogue. Il était couché dans son lit, un livre de lecture entre les mains, lorsque la mort vint l'effleurer de son aile et l'emporta malgré les soins qui lui furent prodigués.

« Mort trop précoce, hélas !

« Mais aussi mort bienfaisante qui lui évita la tristesse des infirmités de l'âge et la douleur des lendemains sans espoir.

« Mort bienfaisante puisqu'il ne connut pas l'humiliation atroce de voir Paris et le sol de la patrie souillés par les barbares.

« Mort inhumaine cependant qui le priva d'éprouver les joies délirantes de la Libération.

« Même s'il avait conservé sa conscience avant de mourir, Félix Legueu, soutenu par sa foi chrétienne, eut franchi sans défaillance le seuil du royaume, où suivant la parole de saint Paul : « Le corps mortel revêt l'immortalité. »

CHRONIQUE

La médecine américaine a-t-elle dépassé la médecine européenne ?

Telle est la question posée par notre excellent confrère de Genève « Médecine et Hygiène », (15 janvier 1947).

A cette question, un Suisse, le Dr E. Nicole, de Bâle, répond en constatant que les travaux en chimie et physiologie, en médecine interne et surtout en chirurgie, permettent aux Etats-Unis de prendre dans ces domaines la première place devant l'Europe. Par contre, celle-ci conserve un rôle de premier plan en orthopédie, en pathologie, en gynécologie et en psychiatrie.

C'est de 1933 à 1937 que les Américains ont réalisé les progrès les plus marqués. Cushing, Dandy et les frères Mayo avaient déjà effectué un travail de pionniers. Ils ne furent, à leur époque, que des exceptions. La plupart des réalisations américaines actuelles portent une marque d'origine européenne, comme la chirurgie du sympathique (Leriche). Les interventions chirurgicales dans le domaine de la psychiatrie, pratiquées sur une vaste échelle aux Etats-Unis, ont eu pour point de départ les travaux d'Egaz Moniz, de Lisbonne. Par contre, la chirurgie des gros vaisseaux (Blalock) est purement américaine, ainsi que certains progrès concernant la chirurgie pulmonaire et l'anesthésie chirurgicale.

Le Dr Nicole considère que c'est à l'esprit de coopération des diverses disciplines médicales que les Américains doivent leurs progrès en médecine et en chirurgie.

Un Français, le Dr Jacques Lecœur, après avoir fait un séjour aux Etats-Unis, a récemment exposé dans la « Semaine des Hôpitaux » (1946, n° 47, p. 339), les causes du déclin du prestige de la médecine française.

La chirurgie pulmonaire et le traitement chirurgical des affections cardio-vasculaires connaissent en Amérique un développement et des succès inconnus chez nous. On doit considérer que l'apparition des techniques instrumentales et de laboratoire impose le travail en équipe. Il en est ainsi en Amérique où l'esprit individualiste ne domine pas comme chez nous. La supériorité technique américaine est donc assurée par la collaboration des physiologistes, des médecins et des chirurgiens et elle aboutit à une supériorité incontestable de la chirurgie américaine.

La confiance en soi de l'Américain.

Au dernier congrès de « l'American Medical Association », à San-Francisco, le président, le Dr H. Shoulders, a déclaré qu'un pas plus grand que dans toute autre nation du monde a été fait aux Etats-Unis dans la science et l'art de la médecine et dans l'adaptation de cette science et de cet art aux besoins humains.

Shoulders trouve les raisons de ces progrès dans les idées et l'idéal qui animent les Américains et dans le régime de liberté qui est le leur.

En conclusion, estime notre confrère genevois, c'est d'abord l'esprit de collaboration entre toutes les disciplines médicales, esprit encore accru par les nécessités de la guerre, qui a été la grande cause de progrès de la médecine aux E.-U. Puis il met en vedette le dynamisme américain et il en donne quelques exemples :

Sweet, assistant de Churchill, chirurgien chef du Massachusetts Hospital, n'est âgé que de 45 ans. Il a déjà plus de deux cents œsophagectomies à son actif. Harken a 36 ans, il est un des chirurgiens les plus qualifiés de la chirurgie cardiaque, il a en outre effectué déjà plus de cent opérations d'exérèse pulmonaire.

« Par une merveilleuse organisation sociale, « l'American Medical Association » a su grouper tous les intérêts médicaux ; son activité est véritablement universelle et concerne tout ce qui touche à la médecine de près ou de loin.

« *Enfin, alors que la plupart des médecins européens voient le salut et l'avenir de la médecine dans l'Etat et ses subventions, la médecine américaine progresse à pas de géants, en toute indépendance et liberté, dans des hôpitaux, dans des écoles, dans des laboratoires fondés grâce à des initiatives privées ; en effet, il n'existe pas d'hôpitaux ou d'écoles gouvernementales (c'est-à-dire dépendant du pouvoir central). C'est ce qui nous fait comprendre pourquoi le Dr Shoulders rend le régime de liberté américain responsable des progrès médicaux réalisés aux Etats-Unis.* »

INTERETS PROFESSIONNELS

Ordre national des médecins
La 4e session du Conseil National

Dans une conférence de presse réunie le 30 janvier, le professeur Portes, président du Conseil National, a brièvement résumé les travaux de la 4e session du Conseil National (17-19 janvier).

En attendant la publication, toujours imminente, du Code de Déontologie, la 1re section a soumis à l'Assemblée plénière du Conseil le projet définitif, adopté dans son ensemble par les conseils départementaux, de règlement intérieur de l'Ordre ; il y a peu de modifications apportées au projet provisoire. A été fixé également le mécanisme des élections qui, dans le passé, avait été source de difficultés. Le Conseil de la Seine aura un mode d'élection à lui particulier ; pour tous les autres Conseils, il y aura une procédure unique inspirée par celle qui fut mise en vigueur dans les Hautes-Pyrénées.

Une annexe au règlement intérieur définit la compétence des Conseils départementaux en matière administrative et disciplinaire et en matière d'arbitrage.

Dès novembre, la réunion des présidents et des secrétaires des conseils régionaux a permis de préciser une doctrine et une formule-type pour l'établissement de notes distinctes mais conjointes pour les honoraires médicaux chirurgicaux, à l'occasion des interventions ; ainsi s'établit une jurisprudence unique en matière professionnelle.

Un certain nombre de principes généraux ont été dégagés concernant les contrats-types. La rétribution du médecin à la vacation est admise en principe pour la médecine préventive et absolument repoussée pour la médecine de soins. De même le nombre de malades examinés dans un temps donné dans les consultations collectives ne saurait être fixé d'une manière générale dans tous les contrats-types. Il s'agit là d'un cas d'espèce ; le nombre à porter dans les contrats-types devra dans chaque cas être compatible avec l'exercice d'une médecine saine.

L'Ordre éditera très prochainement à l'usage des praticiens, surtout nouvellement installés, une brochure réunissant tous les renseignements pratiques et juridiques nécessaire à l'exercice de la profession.

La 2e section a approuvé le rapport financier pour 1946 et les prévisions pour 1947. La Commission de secours a distribué en 1946 1.517.000 francs aux médecins âgés et aux veuves ; 1.820.000 francs aux orphelins de la guerre. Une grande partie de ces sommes provient de dons bénévoles de confrères et de Conseils départementaux (Vienne, Indre, Seine-et-Marne, Aude entre autres). Les cotisations au Conseil National pour 1947 sont inchangées ; les Conseils départementaux, pour la part qui est la leur, demeurent libres de la fixer entre 1.000 et 2.000 francs.

Au sujet de la Sécurité sociale, les contacts établis avec les pouvoirs publics ont montré une opposition irréductible et absolue à une caisse autonome pour la profession médicale. Certains assouplissements dans l'application pratique demeurent possibles : suppression du plafond des ressources, rôle joué par les caisses autonomes quant au complément de retraites. Même réaction des milieux parlementaires. Liaison est maintenue avec les autres professions libérales intéressées.

Un échange de vues avec les représentants des Sociétés d'Entraide médicale a été fait en vue d'une fédération des Sociétés qui, en respectant leur autonomie, rendrait plus aisés et mieux coordonnés l'action des Sociétés et le contrôle auxquels elles sont astreintes.

La 3e section a fait approuver par l'Assemblée la protestation du Conseil contre diverses dispositions récentes applicables à la médecine des mines : extension des conditions de médecine des mines à des catégories de travailleurs jusqu'alors sou-

mises à la loi commune; conditions d'exercice de la médecine et de contrôle médical incompatibles avec des soins médicaux de bonne qualité et avec l'indépendance et l'honneur de la profession.

Quant à la quanification des spécialistes, le Conseil, pour documenter l'opinion médicale et favoriser les échanges de vues, a décidé de publier le rapport du Dr Carlotti; le travail de rédaction ne sera repris que lorsque l'opinion médicale aura pu se former et s'exprimer. Des Commissions mixtes Ordre-Syndicats étudieront alors les critères de chaque spécialité pour établir le projet définitif. Celui-ci sera soumis à l'Education nationale quant à l'établissement des diplômes et certificats corrélatifs; soumis aussi au ministère du Travail à cause des incidences de cette spécification sur la Sécurité sociale.

Diverses questions ont enfin été examinées se rapportant à l'équipement hospitalier et à l'organisation obstétricale du territoire.

La prochaine session du Conseil National aura lieu du 17 au 21 avril 1947.

R. L.

Note sur la répartition de la streptomycine

Une certaine attribution de Streptomycine a été accordée par le gouvernement américain au ministère de la Santé publique; son emploi doit être soumis à des règles extrêmement rigoureuses qui ne sauraient supporter aucune exception pour différents motifs : la rareté extrême du produit; le fait que son administration n'a pas encore dépassé le stade expérimental et que chaque cas doit faire l'objet d'un rapport technique; la mise en circulation dans le public d'affirmations prématurées ou erronées.

Indications. — D'après les travaux américains, et l'avis de la commission de la Streptomycine :

1° Les indications actuellement fondamentales sont représentées par les infections suivantes : infections de haute gravité, répondant mal à l'administration des sulfamides ou de la pénicilline, alors qu'elles paraissent mieux répondre à celles de la streptomycine : infections à hemophilus influenzæ, bacille de Pfeiffer spécialement dans les septicémies, méningites et pneumopathies graves; infections à Klebsiella pneumoniæ, bacille de Friedlander, spécialement dans les septicémies, méningites et pneumopathies graves; septicémies et méningites à B. proteus; septicémies et méningites à Eschérichia coli, colibacille; les autres localisations de ce germe, en particulier les localisations urinaires étant totalement exclues : tularémie; pasteurelloses; peste (encore actuellement à l'étude);

2° Des indications discutables mais encore à l'étude sont représentées par des infections paraissant mal justifier des constatations initiales intéressantes, telles que les suivantes : salmonelloses, en particulier les fièvres typhoïdes; leptospirose ictéro-hémorragique; spirochétose récurrente;

3° L'emploi de la streptomycine est actuellement interdit dans toutes les autres infections qui ont peu ou mal répondu à l'administration du médicament. Ceci est en particulier le cas de la tuberculose (spécialement dans les localisations pulmonaires et viscérales chroniques et subaiguës).

Centres de traitement. — Les quantités actuelles de streptomycine interdisent toute mise à la disposition des praticiens, des cliniques privées et des hôpitaux publics comme elles interdisent toute décentralisation hors Paris (à l'exception d'Alger, pour l'Afrique du Nord). Elles ne peuvent qu'être réservées à un très petit nombre de services spécialisés, particulièrement équipés pour les constatations biologiques et expérimentales ainsi que pour la récupération.

L'admission dans ces centres ne sera soumise à aucune restriction de domicile ou de situation sociales. Elle sera prononcée par le chef de service responsable, sur demande adressée, avant toute présentation du malade, par le médecin traitant, toutes les justifications cliniques et biologiques étant jointes à la demande.

Selon la nature de l'infection, et selon l'âge du malade, la demande est à adresser directement à l'un des centres suivants :

Paris. — Hôpital Claude-Bernard : Clinique des maladies infectieuses, 10, avenue de la Porte-d'Aubervilliers (19e).

Hôpital des Enfants-Malades : Clinique médicale infantile, 151, rue de Sèvres (15e). (Pour les enfants seulement).

Hôpital Trousseau : Clinique de la première enfance, 158, avenue du général-Michel-Bizot (12e). Pour les enfants seulement.

Alger. — Hôpital : Clinique des maladies infectieuses.

(Communiqué du ministère de la Santé publique.)

COURS

Cours complémentaire sur les examens de santé

Ce cours gratuit, comportant vingt-quatre leçons, est organisé par M. Pierre Joannon, professeur d'hygiène et de médecine préventive à la Faculté de Médecine de Paris, et M. Henri Paillard, professeur de Clinique médicale à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, avec la collaboration de Mlle Corre et de MM. Berlioz, Bour, Boyer, Deparis, Ferrabouc, Huguenin.

Il aura lieu au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de Médecine de Paris, du 24 février au 21 mars 1947, les lundis, mercredis et vendredis, de 17 à 19 heures.

Il comprendra trois parties relatives aux éléments d'information cliniques et biologiques, à la technique des examens et à leur organisation.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de Médecine, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e). Tél. Danton 55-36.

Enseignement médical de l'hôpital Bichat

L'enseignement médical de l'hôpital Bichat, organisé par les médecins chefs de service de Bichat, et par leurs assistants et internes, est destiné à compléter les démonstrations au lit du malade. Il est destiné aux stagiaires de 2e et de 3e année.

L'enseignement séméiologique a lieu chaque jour à 9 h. 30 à l'amphithéâtre de l'hôpital Bichat (sauf le mardi 18 février 1947 et les mercredis).

L'enseignement clinique et thérapeutique a lieu tous les mercredis à 11 heures à l'amphithéâtre de l'hôpital Bichat, sauf le mercredi 19 février 1947.

Lundi (tous les lundis) : Sémiologie. Présentation de malades faite par l'assistant ou l'interne du service de M. le professeur Guy Laroche.

Mardi (tous les mardis, sauf le mardi 18 février 1947) : Sémiologie. Présentation de malades faite par l'assistant ou l'interne du service de M. le docteur Rachet.

Le mardi 18 février 1947, à 11 heures, Leçon clinique et thérapeutique de M. le docteur Rachet.

Mercredi (tous les mercredis, à 11 heures, sauf le 19 février 1947) : Leçon clinique et thérapeutique d'un chef de service.

5 février 1947 : M. Paraf.
12 février : M. Claude Gautier.
19 février (ramenée au mardi 18 février) : M. Rachet.
26 février : M. Klotz.
5 mars : M. Justin-Besançon.
12 mars : M. Guy Laroche.
19 mars : M. Paraf.
26 mars : Claude Gautier.

Jeudi (tous les jeudis) : Sémiologie. Présentation de malades faite par l'assistant ou l'interne du service de M. le docteur Paraf.

Vendredi (tous les vendredis) : Sémiologie. Présentation de malades faite par l'assistant ou l'interne du service de M. le docteur Claude Gautier.

Samedi (tous les samedis) : Sémiologie. Présentation de malades faite par l'assistant ou l'interne du service de M. le professeur L. Justin-Besançon.

Erratum. — Dans le C. R. de la séance de l'Académie de Médecine du 21 janvier (« Gaz. Hôp. », n° 5, 1er février 1947, p. 75), au lieu de : **Le pain visqueux**, par MM. Rohmer et Bailly, lire : par MM. Remlinger et Bailly.

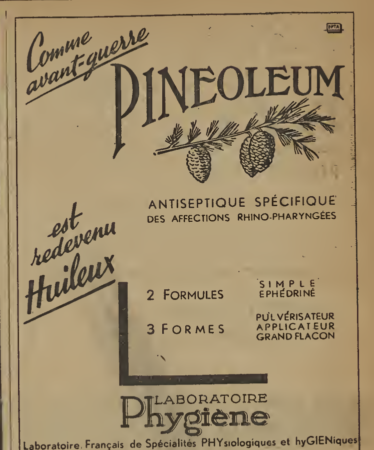
LIVRES NOUVEAUX

Manuel pratique de l'assistante sociale. Préface de M. le docteur Courcoux, médecin honoraire de l'hôpital Boucicaut, membre de l'Académie de médecine, avec la collaboration de MM. le professeur Marcel Lelong, le docteur R. Huguenin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, des docteurs Duret, Le Moal, Mollard, Mozziconacci, Pequignot, Roche et Serin, de M. le substitut Boucheron, de Mme Hélène Campinchi, avocat à la Cour; de Mlles Chollet et Prévost, assistantes sociales et de M. L. Faurobert. Tome Ier. Ouvrage de 356 pages, in-8° sous couverture deux couleurs : 215 fr. Les Publications Médico-Sociales : Editions Moret et Cie, 8, place Saint-Sulpice, 8, Paris (6e), et Librairie Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

Ce manuel... écrit par des auteurs hautement qualifiés chacun dans sa spécialité... sera un guide précis, simple, ne donnant de documentation théorique que ce qui permet d'en comprendre tout de suite les applications pratiques. J'en ai admiré la clarté et l'ordonnance.

Grâce à la partie éducative de ce premier Manuel, les Assistantes sociales vont avoir en main un ouvrage qui saura simplifier leurs recherches, les éclairer et leur donner le goût et le moyen d'augmenter leur bagage intellectuel et professionnel.

(Extrait de la Préface.)



Comme avant-guerre
PINEOLEUM
est redevenu Huileux
ANTISEPTIQUE SPÉCIFIQUE
DES AFFECTIONS RHINO-PHARYNGÉES
2 FORMULES
SIMPLE
EPHÉDRINÉ
3 FORMES
PULVÉRISATEUR
APPLICATEUR
GRAND FLACON
LABORATOIRE
Phygiène
Laboratoire Français de Spécialités PHYsiologiques et hyGIENiques
7, rue Lucien Jeannin, - La Garenne (Seine)

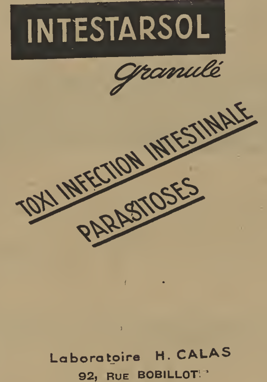


UNE FARINE
véritablement
MALTÉE



ALIMENTATION DU NOURRISSON
SALVY
Préparée par BANANIA







Dépôt légal. — 1947. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 7. — SAMEDI 15 FEVRIER 1947 — 120e ANNEE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

En exécution des décrets relatifs à la baisse générale de 5 %,

Nos prix d'abonnement et de vente au numéro subissent une baisse de 5 % sur les tarifs en vigueur le 1er janvier 1947 :

Un an : France	356 fr.
au lieu de ....375 fr.	
Un an : étudiant..............	190 »
au lieu de................200 fr.	
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat en médecine de 1946

Epreuves orales. Séance du 4 février 1947 :

Notes attribuées. — MM. Trélat (Jean), 8 ; Coutel (Yves), 22 ; Degeorges (Michel), 23 ; Faugeron, Jean, 14 ; Bouttier (Léon), 23 ; Lemaire (Marcel), 21 ; Julia (Christophe), 10 ; Lefèvre (Jacques), 19 ; Boileau (Michel), 10 ; Colbert (Jean), 21.

Questions sorties : « Varicelle », « Les cancers du colon gauche (sans le traitement).

Epreuves orales. Séance du 5 février 1947, à 16 heures :

Notes attribuées. — MM. Vandooren (Michel), 25 ; Dessus (Henri), 23 ; Detrié (Philippe), 20 ; Lotte (Jean), 16 ; Maret (Robert), 18 ; Martin (Alain), 11 ; Mlle Jacquemin (Janine), 10 ; Tabernat Jean), 21 ; Hinaut (Georges), 18 ; Mlle Gilbert (Andrée), 15.

Questions sorties : « Signes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens », « Signes et évolution du cancer du col de l'utérus ».

Epreuves orales. Séance du mercredi 5 février, à 20 heures :

Notes attribuées. — Mlle Dupeyron (Thérèse), 22 ; MM. Flavigny (Joseph), 15 ; Cayla (Jacques), 26 ; Bernard (François), 15 ; Bruel (André), 21 ; Malvezin (Jean), 24 ; Loubry (Pierre), 22 ; Le Bourhis (Jean), 16 ; Laumonier (René), 25 ; Lecoin (Bernard), 14.

Questions sorties : « Signes et diagnostic de l'érysipèle de la face », « Signes et évolution des fractures du rocher ».

Concours de stomatologiste des hôpitaux (une place)

M. Parant a été nommé.

Concours pour la nomination à dix places de médecin de l'assistance médicale à domicile. — Ce concours sera ouvert le mardi 22 avril 1947, à 9 heures. (Les candidats seront informés par lettre du lieu de la première épreuve.)

Inscriptions à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du service de Santé) de 15 à 17 heures, du lundi 17 au jeudi 27 mars 1947 inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Concours pour la nomination à deux places d'internes en médecine de l'Asile pour enfants de la Ville de Paris à Hendaye (Basses-Pyrénées)

L'ouverture de ce concours aura lieu le vendredi 21 mars 1947, à 9 h. 30, à la salle du Conseil de Surveillance de l'Administration, 3, avenue Victoria, 2e étage.

Inscriptions et renseignements au bureau du Service de Santé de l'Administration, 3, avenue Victoria, Escalier A, 2e étage, tous les jours, de 15 à 17 heures, du vendredi 14 février au mercredi 26 février 1947 inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Concours pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris

Ce concours sera ouvert le mercredi 23 avril 1947 à quatorze heures.

MM. les candidats seront informés par lettre du lieu de la première épreuve.

Ils devront se faire inscrire au bureau du Service de Santé de l'Administration, 3, avenue Victoria (Escalier A, 2e étage), de quatorze à dix-sept heures, depuis le lundi 17 jusqu'au jeudi 27 mars 1947, inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Faculté de Médecine de Paris

Leçon inaugurale. — M. le professeur Henri Desgrez fera sa leçon inaugurale de la chaire de Radiologie médicale le jeudi 20 février 1947, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le nombre des étudiants inscrits. — Bien que l'admission des étudiants provinciaux désirant s'inscrire à Paris ait été freinée, il y a néanmoins 6.815 étudiants inscrits. Une session spéciale d'examen du P. C. B. laisse prévoir pour le 1er mars un contingent de 250 nouveaux étudiants.

Légion d'honneur. PRÉSIDENCE DU CONSEIL

CHEVALIER. — M. le Dr Corset.

Légion d'honneur. SANTÉ PUBLIQUE

COMMANDEUR. — M. le professeur André Lemierre. « Professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris, 65 ans de services civils et militaires hautement remarqués. Un des noms les plus éminents de la Faculté de Médecine de Paris. Par son activité au sein de divers organismes d'hygiène, ainsi que par ses nombreuses

missions à l'étranger, a largement contribué à accroître le prestige de la science française. Homme de science, mais aussi homme d'action, M. le professeur Lemierre a pratiqué plus de 1.000 vaccinations au cours de l'épidémie de typhus de Madrid en 1941 et a obtenu en 1942 des autorités allemandes d'organiser la vaccination systématique de nos prisonniers contre le typhus exanthématique. » (J. O., 17 janvier 1947.)

M. Maurice Lévêque, directeur général de l'Assistance publique à Paris.

OFFICIER. — MM. les Drs Boulin, Lhermitte (Paris), Lutembacher (Versailles).

CHEVALIER. — MM. les Drs Fleurant (Colmar), Foussereau (Saint-Dié), François (Versailles), Pierre Huet (Paris), Joucla (Angoulême), Raoul Kourilsky (Paris), Odeyé (Lesneven), Pariente (Oran), Robin (Lyon).

Médaille d'honneur des épidémies

Médailles décernées à titre posthume aux déportés politiques dont les noms suivent :

MÉDAILLE DE VERMEIL. — MM. Auguet (Saint-Quentin), les Drs Barrion (Paris), Bettinger (Reims), Blazy (Saint-Jean-de-Luz), Bouix (Amélie-les-Bains), Estrabaud (Ecommoy, Sarthe), Kiffer (Courcelles-Chaussy), Piton (Jouet-l'Aubois, Cher), Sous (Saint-Jean-de-Luz), Tinet, médecin vétérinaire Puiseaux).

MÉDAILLE D'ARGENT. — Le Dr Léon-Kindberg, médecin des hôpitaux de Paris, Mme Denise Salmon, docteur en médecine.

La médaille d'honneur des épidémies est décernée aux déportés politiques dont les noms suivent :

MÉDAILLE D'ARGENT. — MM. les Drs Alteresco (Bezons), Bardon (Montceau-les-Mines), Baud ((Paris), Canel (Nancy), Chabot (Paris), Chaubart (Origny-Sainte-Benoite), Després (Guise), Dreyfus-Lefebvre, interne aux Enfants-Malades (Paris), Dubois (Paris), Ducourneau (Hosteins), Duflot (Arras), Fournier, étudiant en médecine (Paris), Girard (Paris), Goude (Château-du-Loir), Grand, pharmacien (Paris), Hallot-Boyer (Paris), Heuzé (Saint-Maurice-les-Charencey), Lagel (Châlons-sur-Marne), de Larcbeyrette (Sens), Le Guet (Villemomble), Lemière (Condé-sur-Noireau), Letout (Hénin-Liétard), Marsault (La Garenne-Colombes), Mathon (Biarritz), Mazel (Toulouse), Michel (Roanne), Payri (Perpignan), Perroy (Paris), Perrot (Auxonne), Poupault (Paris), Ragot (Sens), Rosencher (Paris), Mlle Rosenstock (Nice), Mme Weinstein (Saint-Hilaire-du-Touvet).

MM. les Drs Arditi, Bendel et Sigismond Bloch (Paris), Brill (Marcival), Cuenca, Doucet, Fleschner, Greif et Haffner (Paris), Mlle Hautval (Montbéliard), MM. Hofstein (Thionville), Kamrat (Paris), Klein (Strasbourg), Krewer et Kuperberg (Paris), Landau (Berck), Leibovici (Paris), Lettich (Tours), le professeur Robert Lévy (Strasbourg), Lewin (Paris), Limousin (Clermont-Ferrand), Marcus (Paris), Mans, inspecteur général de la Santé publique, Mlle Morhange (Paris), MM. Moscovici (Verneuil-le-Fourrier), Naiman (Argenteuil), Nissin (Paris), Poiteau (Bienvilliers-au-Bois), Sachter (Suresnes), Schrameck (Paris), Sobel (Paris), Steinberg (Strasbourg), Robert Waitz (Strasbourg).

MÉDAILLES DE BRONZE. — MM. les Drs Eberhard, étudiant en médecine (Nyons), Espie (Aix-les-Bains), Foucaud (Tours), Fully, étudiant en médecine (Saint-Etienne), Hickel, étudiant en médecine (Nancy), Jandet (Chatelard-en-Beauges), Lanson (Vinzier), Lavoue (Rennes).

MÉDAILLE D'ARGENT. — MM. les Drs Bruce (Banyuls-sur-Mer) et Gesbert (Grand-Couronné), le médecin lieut.-col. des T. C. Renaud (Tunis).

MÉDAILLE DE BRONZE. — MM. les Drs Robert Vincent (Sathonay-le-Camp) et Voron (Tunisie), Mlle Jeanne Renaud, externe des hôpitaux de Lyon.

Médaille d'honneur du service de Santé

MÉDAILLE D'OR. — Les médecins généraux inspecteurs (réserve) Gauthier et Melnotte.

MÉDAILLE DE VERMEIL. — Le médecin général inspecteur Costedoat ; médecin général Rellinger ; médecin colonel Didiée.

A titre posthume : médecin capitaine Roquigny.

MÉDAILLE D'ARGENT. — Méd. col. Moynier (Henri), méd. comm. Rocquet, méd. cap. Fargeot ; méd. col. Poy Hassenforder ; méd. cap. Abaza, Masseboeuf, Delmas ; méd. lieut. Fiot ; M. le Dr James Hasson (Anglais) ; MM. les Drs Patry, de Rahm, Jeanneret, Cardis, Gilliard, Geisseberger, Helman (Suisses).

A titre posthume : Méd. lieut. Marrec ; M. Issenchou, décédé en captivité.

MÉDAILLE DE BRONZE. — Méd. comm. Hilaire ; méd. cap. Priochiantz, Maisonobe ; méd. lieut. Bonnefous ; M. Bernot, élève à l'Ecole du service de Santé militaire ; M. Kertacy, cap. U. S. A.

Ecole du service de Santé militaire

Liste des candidats admis à la suite du concours de 1946 et classés :

I Section médecine. Troupes coloniales :

Catégorie P. C. B. — MM. Peyrin, Chastel (C.), Guilleret, Velten, Prévost, Haeffner, Orelle, Delarue, Chastel (J.-S.), Valentin, Lededente, Gourc, Patrouilleau, Rouzaud, Montabone, Chemier, Cousserans, Dodin, Prigent, Minsky-Kravetz.

Maydat, Gindrey, Maury, Martin (J.), Bodin, Sepetjian, Braschera, Perrot, Rougetet, Doizon, Gaudineau, Beaubernard, Plisson, Minda, Brottes, Hamot, Goachet, Robert (H.), Creff, Llobet.

Catégorie 4 inscriptions. — MM. Resal, Peretti-Stefani, Munck, Salini, Garcin.

II. Section Militaire. Air :

Catégorie P. C. B. — MM. Jolly, Jorrot, Guilland, Chaissac, Benevent, Reyie, Dalloz-Bourguignon, Boyer, Passevant, Pelenc.

Catégorie 4 inscriptions. — MM. Freyria, Mathieu (G.).

Nécrologie

Le Dr Olivier Macé, accoucheur des hôpitaux, chef de service à l'Hôtel-Dieu, membre du Conseil de Surveillance de l'Assistance publique, officier de la Légion d'honneur.

— Dr Yves-Louis Wickham, curiethérapeute, officier de la Légion d'honneur, croix de guerre 14-18, décédé à l'âge de 54 ans, victime du devoir professionnel.

— Dr Victor de Montmorot, docteur en médecine et pharmacien à Paris.

— Nous apprenons avec une vive peine la mort de Mme Jehan Mordagne, survenue le 14 janvier à Castelnaudary. Elle était la veuve du Dr Mordagne, qui fut conseiller général et maire de Castelnaudary et la mère de notre collaborateur et ami Maurice Mordagne. Mme Mordagne était une femme de haute distinction, toute sa vie elle s'était consacrée aux questions d'enseignement, ce qui lui valut d'être nommé officier d'Académie. Malgré son grand âge, elle ne cessait de s'occuper d'œuvres d'enseignement et d'œuvres sociales. Elle était pour son fils, qu'il la soignait avec un pieux et constant dévouement, un guide dont les conseils étaient inspirés par une juste vue des choses.

Nous prions notre confrère Maurice Mordagne de recevoir l'expression émue de notre bien vive sympathie.

REVUE GÉNÉRALE

Lesmoignons douloureux d'amputation des membres [1]

Par M. A. Courty (Montpellier)

Les douleurs des moignons d'amputation des membres ont attiré depuis bien longtemps l'attention des médecins et des chirurgiens. Sans remonter jusqu'au *Traité des Contusions, Combustions, Gangrènes*, d'Ambroise Paré, nous en trouvons déjà, tout au long du siècle dernier des descriptions émouvantes dans les mémoires de Larrey (1817), de Verneuil (1874), les publications de Trélat (1876), de Weir Mitchell en particulier (1864) et dans une leçon célèbre de Charcot.

J'aurai l'occasion de vous montrer au cours de cet exposé que l'interprétation que ces auteurs donnaient aux phénomènes douloureux les conduisaient à des thérapeutiques le plus souvent décevantes ; les thèses de Beausse (1895), Gulbenkian (1902), Papillon (1904), sont le reflet de ces idées passées.

Les progrès en cette matière sont nés de la Grande Guerre et se sont poursuivis durant ces dernières années.

Leriche, étudiant les moignons sous l'angle de la physiopathologie, intègre leurs troubles douloureux dans sa conception générale du problème de la douleur, conception qu'il justifie par des thérapeutiques nouvelles et fructueuses. C'est sur les travaux de Leriche et de ses élèves que s'appuient les principales des recherches actuelles ; il s'en faut cependant que nous sachions tout de cette question infiniment complexe.

L'étude que nous allons faire exclut de son objet les phénomènes douloureux évitables par une technique d'amputation correcte, c'est-à-dire les douleurs dues à des cicatrices vicieuses, à des moignons coniques, à des enclaves périostiques entraînant l'ossification du moignon, à l'excès de longueur d'un os ; elle exclut aussi les douleurs en rapport avec des phénomènes inflammatoires locaux.

En dehors de ces causes, les douleurs des amputés existent cependant et sont même fréquemment rencontrées. Aux dires de Lhermitte, dix pour cent (ou plus) des amputés souffrent et vous pouvez juger de l'importance individuelle et sociale de ces douleurs, si vous considérez qu'au lendemain de la guerre de 1914-1918, la Fédération nationale des amputés de France comptait 30.000 adhérents.

Ces douleurs peuvent se voir après n'importe quelle amputation ; dans leur déterminisme n'intervient nullement le caractère septique ou aseptique de la lésion qui a entraîné l'exérèse; on peut les voir aussi bien après suture primitive des tranches qu'à la suite de cicatrisations par seconde intention. Souvent, elles accompagnent des moignons anatomiquement parfaits.

Certes, si l'on rapproche les statistiques des thèses de Beausse, de Guelfucci, de Grognard, de Tête, d'Amyot, leur prédominance est notoire au membre inférieur par rapport au membre supérieur; sur ces segments, les moignons de jambe et d'avant-bras sont plus particulièrement douloureux ; pourtant les extrémités des membres et notamment les doigts ne sont pas épargnés par cette redoutable éventualité.

Dans certains cas à l'origine de la douleur a pu être relevée l'influence d'un traumatisme, une réintervention locale ; la syphilis, l'alcoolisme ont pu être considérées comme deux causes occasionnelles.

Le plus souvent cependant « rien ne permet de prévoir si un malade souffrira ou ne souffrira pas et même à quel moment apparaîtra la douleur ; aucun amputé n'est assuré, d'ailleurs, qu'il ne souffrira pas un jour ».

A la suite de Leriche, il convient de décrire deux types cliniques essentiels de douleurs des moignons ; ces deux types sont, comme je vous le montrerai, le plus souvent confondus en un troisième type mixte extrêmement difficile à débrouiller. Pour individualiser ces types, pour y voir clair, il faut savoir écouter les malades et les interroger soigneusement (2).

Cet interrogatoire vous apprendra d'abord le délai d'apparition des douleurs : rarement dans les premiers moments après l'amputation, le plus souvent (Wertheimer) dans des délais rapides, quelques jours après, quand la cicatrisation cutanée s'effectue ; parfois deux ans, trois ans, jusqu'à quatorze ans plus tard.

I. — *Le premier type c'est la douleur tronculaire ou spinale c'est le type dit névralgique.*

Il s'agit d'une douleur fixe à siège quasi constant dans le membre absent. « L'amputé souffre de ce qu'il n'a plus, » « chose incrédibile, dit A. Paré, à gens qui de ce n'ont expérience ». C'est une douleur métamérique dans le territoire du crural, du sciatique poplité externe ou du médian par exemple; c'est une douleur fixe dans le mollet, dans le genou, dans un doigt ou dans un orteil.

Permettez-moi à ce sujet de vous rappeler que la plupart des amputés ont l'illusion — non douloureuse — de leur membre absent ; celui-ci paraît leur appartenir encore, mais le plus souvent réduit à ses extrémités ; c'est leur petit membre disent-ils ; c'est pour nous le membre fantôme. Cette illusion variable d'ailleurs avec le moment, surtout marqué la nuit ou par temps humide, est plus ou moins nette, mais ne constitue alors qu'une gêne non douloureuse.

Dans le type radiculaire au contraire, les douleurs sur ce membre fantôme affectent des formes diverses : endolorissement, brûlure, tiraillement, crampe ; elles sont plus ou moins aiguës. plus ou moins lancinantes, plus ou moins supportables. Variables dans leur intensité d'un moment à l'autre de la journée, suivant les conditions atmosphériques, elles sont parfois coupées de paroxysmes plus ou moins rapprochés, pouvant être absolument atroces ; ces paroxysmes peuvent s'associer à des soubresauts localisés dans le moignon et qualifiés d' « épilepsie des moignons ». Si l'on découvre le moignon de ces malades, on constate que celui-ci présente un aspect normal ; il est blanc, non cyanosé, sec ou gras suivant son ancienneté ; la cicatrice en est sans particularité.

A la palpation, sa température est normale ; mais surtout quelques mois après l'amputation, il est fréquent de sentir à sa surface ou dans sa masse un ou plusieurs petits nodules de taille variable pouvant aller de celle d'un pois à celle d'une noix, nodules sur lesquels la pression déclenche une douleur vive, analogue à celle habituellement ressentie par le malade. Cet examen devra être extrêmement prudent, car il est des cas dans lesquels le moindre effleurement suffit à déterminer des paroxysmes insupportables. Ces nodules sont comme nous le verrons des névromes siégeant dans le moignon.

II. — Le deuxième type c'est *la douleur sympathique des moignons*, très peu différente des sympathalgies d'Alajouanine et Thurel ; il doit être rapproché aussi de la Causalgie de Weir Mitchell.

Il s'agit ici non plus de douleurs fixes dans un territoire déterminé du membre absent, mais de douleurs diffuses et diffusantes avec troubles vaso-moteurs. Le sujet souffre dans « ce qu'il a encore », dans le moignon et à partir de celui-ci.

La douleur est plus pénible que dans le cas précédent ; c'est une brûlure agaçante, énervante, pouvant devenir insupportable, variable avec le froid, la chaleur, influençable par les causes affectives ; ces paroxysmes sont d'ailleurs très variables.

Les irradiations possibles de ces algies diffusantes se font soit du côté opposé, soit au bassin et aux lombes dans les moignons du membre inférieur, soit au thorax et à la nuque pour le membre supérieur.

Tout appareillage est impossible et l'on s'en rend bien compte quand on voit le soin avec lequel le patient « démaillotte » son moignon soigneusement prémuni contre tout contact extérieur.

Vous verrez alors un moignon franchement anormal.

D'aspect œdémateux, succulent, centré par un cicatrice congestive, la peau en est violacée, cyanosée ; parfois s'y montre une ulcération peu profonde, à fond plat, atone, à bords irréguliers, non décollés ; cet aspect peut être variable d'un moment à l'autre.

A la palpation, ce moignon est froid ; on sent dans les cas un peu anciens, un ou plusieurs névromes.

III. — Si ces deux types purs des douleurs des moignons se rencontrent dans 40 % des cas, 60 % au contraire affectent un *type mixte à la fois tronculaire et sympathique* avec prédominance dans un sens ou dans l'autre.

Ce sont des sensations continues avec crises paroxystiques plus ou moins rapprochées, de longueur variable, localisées soit sur le moignon, soit sur le membre absent, sans que l'amputé puisse le plus souvent préciser.

Quelques formes particulières méritent en outre d'être signalées.

Sachez que l'épilepsie des moignons s'accompagne habituellement de phénomènes douloureux.

Je puis aussi vous dire un mot de ces formes dites facio-cervico-thoraciques dans lesquelles la douleur paraît irradier, à partir d'un

(1) Leçon faite à la Faculté de Médecine de Paris, Concours d'Agrégation, 1946.

(2) Une excellente étude clinique des algies des amputés et de leurs complications a été faite depuis par Sliosberg (communication au Congrès de Médecine Légale, 18-19 octobre 1946, Paris), in *Gazette des Hôpitaux*, 7 déc. 1946.

moignon du membre supérieur, dans tout le territoire des plexus sympathiques cervicaux.

Enfin il est des formes extrêmes que vous devez connaître : formes légères, plutôt gêne que douleur et qui ne viennent pas au chirurgien; formes très graves dont le type est la « grande hyperesthésie douloureuse des moignons », dans lesquelles le moindre frôlement déclenche, dans tout l'organisme, comme dit Leriche, le maximum de douleurs qu'un homme puisse supporter. Leriche, Petit-Dutaillis ont constaté qu'elle coïncidait avec un état anormal d'hyperémie méningée et médullaire dans le territoire correspondant aux zones intéressées.

Mais là ne devront pas s'arrêter vos investigations en présence d'un amputé qui souffre ; d'ailleurs celui-ci vous signalera luimême des troubles généraux d'une interprétation souvent embarrassante et qui exige un sens clinique aiguisé. L'amputation se comporte en effet comme un acte de violence envers l'équilibre physiologique de l'organisme entier.

Aux douleurs de moignons s'associent des douleurs viscérales diverses : cardialgies, troubles dyspeptiques ou des syndromes viscéraux divers : troubles hépatiques, crises d'asthme.

Comme en présence d'une hypertension artérielle, si fréquente chez les amputés, lorsque vous verrez ces malades à titre de médecin traitant ou d'expert, il vous faudra préciser les rapports de leurs troubles avec le moignon douloureux, en éliminant toute affection organique antérieure ou concomitante.

Les arrêtés ministériels ont souvent attiré l'attention des experts sur le discernement à avoir pour asseoir une décision équitable du tribunal des pensions chez ces revendicateurs souvent intoxiqués qui aggravent sûrement ou de bonne foi leurs troubles fonctionnels.

Envisageons à présent comment se fait l'évolution des moignons douloureux.

Dans quelques cas heureux, la guérison survient spontanément ; parfois les phénomènes s'estompent très progressivement. Le plus souvent, les douleurs subissent des exacerbations successives et de plus en plus insupportables ; ces malades véritables juifs errants de la douleur (Leriche) passent de chirurgien en chirurgien, subissent intervention sur intervention, désespèrent en définitive, glissent à la morphinomanie ou sont acculés au suicide. Leur aspect est bien voisin alors de celui des cancéreux ou tuberculeux incurables.

Après ce que je viens de vous dire, vous voyez que vous ne pourrez avoir une opinion précise sur un amputé qui souffre que si vous faites :

— Un interrogatoire soigneux notant les circonstances de l'accident, les motifs d'amputation, les suites opératoires, les délais d'apparition des douleurs, le type de ces douleurs ;

— Un examen clinique local et général, étayé pour ce dernier par des examens de laboratoire et des examens radiologiques susceptibles d'aider à éliminer tout substratum organique indépendant ;

— Une investigation soigneuse du psychisme de votre malade visant à délimiter surtout dans les douleurs anciennes ce qui peut revenir de ses dires à sa toxicomanie, à ses interprétations ou à son esprit revendicateur.

C'est dans le cadre plus vaste des « algies des amputés » qu'il faut pour bien les comprendre étudier les moignons douloureux.

Je vous disais au début de cet exposé que bien des causes de douleurs pouvaient se rencontrer au niveau des moignons, causes chirurgicalement amendables et qu'il faudra différencier.

Il est certain que chez un jeune, amputé pour artérite, vous devrez éliminer une récidive dans le moignon ; qu'après les amputations spontanées des gelures, vous penserez que les douleurs font partie du « syndrome de la peau trop courte » bien souvent rencontré.

En présence d'une ulcération, il faudra que vous pensiez à une cause mécanique possible ; la radiographie vous montrera une saillie osseuse laissée en place ou une néoformation osseuse ; l'aspect clinique, la topographie des points de pression vous conduiront logiquement à faire abandonner une prothèse définitive trop précoce ou un appareil mal ajusté et à obtenir ainsi la guérison. Celle-ci sera de même obtenue à bon compte par la résection d'un segment ostéitique décelé par la radiographie à propos d'une ulcération inflammatoire.

Pour vous faire comprendre la thérapeutique à appliquer aux moignons douloureux, je vais à présent vous exposer l'interprétation qu'il faut donner à ces phénomènes algiques.

Considérons si vous voulez le moignon normal. Comme le fait remarquer Leriche, sous une forme saisissante, expression d'une notion cependant bien connue « un seul élément reste vivant dans le moignon après disparition du membre, c'est le nerf. C'est à un cas particulier des plaies des nerfs que nous avons à faire. » La peau réunie par première intention se reforme, les muscles s'atrophient et font une cicatrice conjonctive, les artères sont oblitérées, les veines thrombosées et peu à peu le moignon jeune, succulent, fait place à un moignon âgé, sec.

Le nerf, lui, après section, conformément à la théorie neuronale de Nageotte, Waller, Ranvier, régénère ses neurites, mais ceux-ci tôt ou tard sont arrêtés par une capsule conjonctivo-névroglique (Dustin) ; il se forme un névrome, qu'il convient plutôt d'appeler un neurogliome. Ce neurogliome est donc un phénomène normal, physiologique sur le bout central de tout nerf sectionné.

Dans les moignons douloureux, le neurogliome atteint un volume plus ou moins considérable et je vous ai montré qu'à la palpation, il variait de la taille d'un pois à celui d'une noix, parfois plus.

Il semble y avoir ici un déséquilibre symbiotique des éléments de régénération nerveuse ; au microscope, on voit que la névroglie jointe au tissu conjonctif de voisinage se comporte comme une véritable tumeur (Nageotte). Les neurites étouffés forment au milieu de cette masse des tourbillons très nombreux, prennent un aspect spiralé, affectent un trajet rétrograde. Plus ou moins adhérents à la cicatrice d'amputation, nous verrons qu'ils peuvent adhérer aussi aux éléments musculaires, vasculaires, nerveux, cérébrospinaux ou végétatifs voisins. Tel est l'aspect anatomo-pathologique des moignons douloureux.

Reste à se demander pourquoi cette exubérance du neurogliome et quel est le rôle que celui-ci joue dans l'apparition de la douleur.

Pour les anciens auteurs, la douleur était due à l'infection et c'était la névrite terminale ou ascendante qui devait être incriminée.

Les uns invoquaient une infection banale si fréquente autrefois sur les moignons ; c'était l'opinion de Weir Mitchel, de Vulpian qui paraissait étayée par les expériences de Hayem; on la retrouve dans la thècse d'Amyot.

Sachez tout de suite que cette théorie ne doit plus être admise à l'heure actuelle et qu'elle a notamment reçu de Sicard, au Congrès de Neurologie de 1905, une condamnation sans appel.

Une infection spécifique, en l'occurence par la toxine tétanique, a pu être incriminée aussi, opinion influencée par l'existence de soubresauts musculaires associés aux douleurs des moignons ; cette idée ne saurait s'appliquer qu'à des cas exceptionnels.

Pourtant ces théories ont pendant longtemps fait penser que le moyen le plus efficace d'agir sur les douleurs consistait en l'ablation du névrome (Weir Mitchell, Larrey, Billrott), puisque c'était l'infection qui produisait son hypertrophie et s'étendait ensuite au tronc nerveux. L'échec de cette thérapeutique suffirait à condamner la conception qui lui a donné naissance. Il est prouvé qu'après excision du neurogliome, les douleurs soulagées un certain temps, reparaissent ensuite et que le nevrome se reproduit.

A l'heure actuelle, cette excision ne semble plus, à la rigueur, justifiée qu'en présence de douleurs survenues sur un moignon profondément infecté, dans le cas de gangrène gazeuse par exemple.

Avouons cependant que pas plus qu'autrefois, nous ne savons pourquoi le névrome devient exubérant ; le rôle du terrain, des humeurs ne paraît pas scientifiquement démontré et nous nous bornons à dire que chaque malade fait sa cicatrice à sa manière selon le « climat conjonctif » qui est le sien ; n'est-ce pas ce que nous disons devant toutes les cicatrices opératoires qui n'évoluent pas normalement ? Et cela cache notre ignorance.

Néanmoins le névrome constitué, Leriche nous a montré par quel mécanisme il produit des troubles douloureux ou trophiques. Cela tient dit Leriche à sa susceptibilité particulière ; il devient du fait de cette susceptibilité le point de départ de réflexes locaux et à distance.

Ces réflexes empruntent la voie centripète de la sensibilité douloureuse (Förster et Leriche), voie double, rachidienne par les nerfs cérébrospinaux, sympathique par les fibres végétatives, que celles-ci soient incluses dans le nerf (ce sont les nerfs médian et sciatique poplité externe les plus riches en fibres de cet ordre qui donnent le plus de moignons douloureux) ou qu'il s'agisse du sympathique péri-vasculaire. Ces deux voies s'envoient réciproquement en cours de route de nombreux filets communicants et se suppléent mutuellement en cas d'interruption de l'une d'elles.

La voie sympathique fait relais dans les ganglions latéro-vertébraux, mais aboutit comme la voie cérébro-spinale qui chemine dans les cordons postérieurs de la moelle, aux centres hypothalamiques. Ce relais catenaire explique la diffusion des sensations douloureuses à partir d'un point d'excitation localisé. Cet aboutissement thalamique, voisin des grands centres de commande de la vie végétative, explique le retentissement viscéral des douleurs des amputés.

Les voies centrifuges intéressent le sympathique périphérique, soit celui du nerf en cause, soit le sympathique périartériel du membre opposé, soit des territoires sympathiques lointains et même par le centre hypothalamique les centres respiratoires, les centres cardiaques ou digestifs.

D'après Leriche, ces réflexes sympathiques, par le changement d'état vasculaire qu'ils entraînent au niveau des corpuscules de Meissner et de Paccini conditionneraient les douleurs.

Ces réflexes issus du neurogliome ont été individualisés par Marinesco, Dustin, Pierre Marie et Foix. De nombreuses preuves de leur existence sont connues. En voici quelques-unes. Pitres, Sicard et Gulbenkian montrent que les douleurs sont interrompues par l'anesthésie locale du névrome. Leriche utilise dans le même but et avec efficacité l'infiltration ou la résection du sympathique catenaire.

Fontaine et Orban, expérimentalement, par excitation électrique des névromes de cicatrisation des nerfs, obtiennent de la vaso-dilatation, puis de la vaso-constriction avec troubles trophiques ; c'est ce que l'on constate au niveau des moignons froids, cyanosés et douloureux.

Il n'est d'ailleurs que de reprendre les manifestations cliniques des douleurs des amputés, avec leur caractère de variabilité, leurs troubles vaso-moteurs associés, etc., pour y trouver une note sympathique, plus exactement une note fonctionnelle indiscutable ; c'est sans doute là un des meilleurs arguments contre l'allégation d'un facteur névritique, purement anatomique.

Les excitations locales partielles d'un neurogliome peu englobé dans les tissus cicatriciels du moignon expliqueraient les douleurs à type radiculaire. A l'opposé, les douleurs sympathiques résulteraient de neurogliomes en contact étroit avec les tissus de voisinage, muscles, petits vaisseaux, innombrables terminaisons nerveuses coupées, ces éléments constituant autant de centres d'excitation diffuse.

Voilà ce que nous savons, dans l'état actuel de nos connaissances, des manifestations douloureuses des moignons, du moins à leur début ; plus tard, en effet, les désordres d'abord fonctionnels s'organisent, les troubles vaso-moteurs entraînent des troubles trophiques irréversibles qui ajoutent leur mécanisme irritatif propre à ceux déjà existants ; tout se passe, par ailleurs, comme si la douleur retentissait beaucoup plus sur les centres nerveux supérieurs et entraînait à leur niveau des modifications organiques.

C'est bientôt le vieil algique pour lequel on n'a plus guère de ressources.

Bien des inconnues persistent cependant.

Lhermitte, van Bogaert admettent que les sensations du membre fantôme sont d'origine corticale et dues à un mécanisme purement psychologique de persistance après l'amputation de « l'image de soi ».

Les douleurs qui l'intéressent seraient du même ordre, véritables algo-hallucinoses justifiant alors une thérapeutique centrale souvent faite en désespoir de cause, mais qui aurait donné quelques résultats.

C'est sans doute l'incertitude d'un mécanisme qui nous échappe encore qui fait que le problème du traitement de la douleur chez les amputés n'est pas résolu.

Ce traitement se propose d'empêcher la production du névrome, celui-ci une fois constitué d'empêcher les réflexes nocifs de se réaliser.

Traitement prophylactique. — Empêcher la production du névrome.

Bien que la technique d'amputation ne semble pas avoir d'importance, il convient cependant que le chirurgien moderne considère « comme un acte de chirurgie nerveuse » (Leriche) cette intervention.

Elle comprendra des temps minutieux exécutés au bistouri, la ligature isolée des gros troncs vasculaires, l'isolement et la section franche des troncs nerveux sans recoupe.

Pour empêcher le neurogliome de se produire, Lecène avait proposé sans gros succès d'ailleurs, le dédoublement suivi de suture bout à bout des troncs nerveux. Les injections d'acide phénique (Fédoroff), d'alcool, de novocaïne dans le nerf avant section n'ont pas donné plus de résultat. De Martel, Chavannaz, Leriche (1940) font sur le nerf au-dessus du point de section une ligature serrée au lin ou à la soie ; ainsi ils pensent arrêter la prolifération des neurites ; malgré des échecs expérimentaux (Jung), des échecs cliniques (Leclerc) cette pratique doit être recommandée.

Traitement curatif. — Il dispose de moyens médicaux et chirurgicaux.

Moyens médicaux :

Les agents médicamenteux.

Vaso-dilatateurs généraux : acécoline, priscol sont des adjuvants dans le traitement des troubles vaso-moteurs du moignon.

Les calmants de la douleur, sans qu'il soit jamais autorisé de recourir à la morphine, peuvent être utilisés.

Mais l'agent médicamenteux le plus efficace est sans conteste la vitamine B, proposée durant ces dernières années par Sliosberg et employée par cet auteur à la consultation de la Fédération des Amputés de Guerre de France.

La thèse de Bensissou, le travail de Mathieu et Padovani méritent d'être signalés à ce propos.

Employée soit par voie sous-cutanée, à la dose répétée de 0 gr. 01, soit mieux encore par série de dix injections intraveineuses de 0 gr. 20, à raison d'une injection tous les deux jours, la vitamine B, amène une amélioration rapide des douleurs et des troubles réflexes. Cette amélioration apparaît dans la majorité des cas, surtout récents, dès les premières injections et l'on peut dire que plus l'amélioration est précoce, meilleur sera le résultat définitif.

Moyens physiothérapiques :

La radiumthérapie, préconisée par Bellot et Degrés en 1914-1918, ne paraît plus guère utilisée actuellement.

Par contre, à la suite des travaux de Delherm, Gouin et Bienvenue et de la publication de la thèse de How Chow, inspirée par le Professeur Didiée, du Val-de-Grâce, il faut retenir la radiothérapie du moignon, des carrefours vasculo-nerveux du membre, des régions rachidiennes correspondantes.

Moyens chirurgicaux :

Sachez que les amputations répétées ne doivent plus se faire; déjà repoussées par Lejars, elles sont suivies de récidives.

Ne paraît plus devoir se poser non plus la question de la résection du névrome. Malgré quelques rares succès passagers obtenus par Quénu dans l'intervalle de la régénération neurogliomatense, Leriche dans la thèse de Tête, Mathieu, Padovani, n'enregistrent que des échecs.

La destruction du névrome par alcoolisation, le matelassage lipiodolé du moignon (Handel) par injection huileuse locale doivent aussi être abandonnés.

Les interventions dont dispose le chirurgien portent soit sur les troncs nerveux périphériques, soit sur le sympathique, soit sur les différents étages des centres nerveux cérébro-médullaires. Elles visent à interrompre le cheminement des excitations qui parties du neurogliome se réfléchissent ensuite dans les divers territoires périphériques.

A) Interventions portant sur les troncs périphériques.

1° *Infiltration anesthésique du névrome.*

Elle donne un résultat passager, non curatif ; son intérêt se résume à la preuve qu'elle fait de la participation du névrome dans la production des douleurs.

2° *Opération de Leriche.*

Préconisée en 1922, elle se propose d'interrompre le courant neuritique et d'empêcher sa régénération. Le nerf, porteur du névrome, est coupé à la racine du membre, le plus loin possible de son extrémité ; son bout supérieur est injecté à l'acide phénique, puis suturé soigneusement au bout inférieur, parfois avec interposition de greffe.

Ce procédé donne exceptionnellement la guérison, car secondairement il y a réhabitation des gaines périphériques, mais peut apporter des répits de plus ou moins longue durée (Leriche, Lapervenche, Duviol, Leclerc).

Il est aujourd'hui abandonné pour les opérations sympathiques.

B) Opérations portant sur le sympathique.

Elles marquent les étapes de nos connaissances sur la chirurgie vaso-motrice. Nées de 1914 à 1918 sous l'influence de Leriche, elles comportent en effet :

1° La sympathectomie péri-artérielle ;

2° Les ramisections ; les gangliectomies.

Ce sont elles qui manifestement donnent les résultats les plus intéressants.

La sympathectomie péri-artérielle utilisée par Leriche, Bérard, Santy, Lardennois, ne vit plus aujourd'hui que des contre-indications de la sympathectomie lombaire (sujets tarés, obèses).

Avant la gangliectomie, *les infiltrations ganglionnaires répétées*, si elles suffisent à donner des guérisons dans les cas légers au début, échouent plus tardivement. Toutefois, dans ces cas anciens ou graves, elle fait partie de l'examen de l'amputé, constituant « la pierre de touche de nos possibilités thérapeutiques » (Wertheimer).

La sympathectomie lombaire (2°, 3° et 4° ganglions), la stellectomie, associée de préférence à une gangliectomie dorsale haute (2° et 3° ganglions dorsaux) sont des opérations sans danger qui coupent l'arc réflexe assez haut ; sans doute dans l'avenir seront-elles remplacées par des ramisections préganglionnaires. Elles n'en constituent pas moins d'excellentes opérations à condition de ne pas les faire trop tardivement ; il n'est pour s'en convaincre que de relire les résultats publiés au Congrès International du Caire par Leriche et Fontaine, les résultats de Wer-

theimer consignés dans la thèse de Nasica, le travail de Leclerc.

Les douleurs cessent parfois le soir même de l'intervention, les troubles moteurs, vaso-moteurs cessent ; cette action est aussi nette sur le type tronculaire que sur le type sympathique.

C) INTERVENTIONS HAUTES.

Réservées comme nous le verrons aux mauvais cas elles comprennent :

a) Les radicotomies introduites par Cartaz, Robineau, de Martel, utilisées par Leriche, par Carrot et David (1943) avec deux succès, mais un peu trop récents ;

b) Les cordotomies ;

c) La myélotomie commissurale utilisée rarement et avec beaucoup d'échecs ;

d) La résection des zones sensitives corticales (White, Mahoney : 1 succès par résection du lobule paracentral) ;

e) Enfin la section bilatérale des fibres d'associations frontales utilisée dans le cas de troubles psychiques graves (1 succès van Wagen, 1 succès Mixter).

Comment choisir dans cet arsenal thérapeutique ? Avouons que le choix est très difficile, car les cas sont très différents et que chaque blessé souffre à sa manière.

Les chances de succès seront évidemment d'autant plus grandes que l'on agira précocement ; il est malheureusement impossible de superposer les types cliniques et les interventions thérapeutiques ; si longtemps on a cru que les douleurs tronculaires relevaient plus spécialement de l'infiltration tronculaire ou surtout de l'opération de Leriche, que les douleurs sympathiques cédaient aux infiltrations avec ou sans gangliectomie, nous savons à présent la fréquence des types mixtes et l'inexactitude de ces schémas.

En pratique, quel que soit le type des douleurs, il conviendra essentiellement d'agir d'une manière progressive et logique. Le traitement sera d'abord médical. Vitaminique en premier lieu, associé aux vaso-dilatateurs et si possible à la radiothérapie sur la racine du membre.

Ultérieurement ou simultanément on devra faire des infiltrations novocaïniques locales dans le cas de douleurs du moignon lui-même, intra-artérielles s'il s'agit de douleurs plus diffuses, en brûlures, surtout catenaires, longtemps répétées, dans les cas de douleurs diffuses.

Ces dernières guériront les cas légers, auront des résultats transitoires, mais réels dans les cas plus sérieux ; on les complétera alors efficacement par une gangliectomie large.

En l'absence de tout résultat des infiltrations et successivement vous aurez à votre disposition les radicotomies, les cordotomies, les myélotomies, enfin la résection des zones sensitives. Répétons-le encore, vos chances de réussite seront d'autant plus grandes que vous agirez précocement ; l'orientation thérapeutique dépendra alors comme je viens de vous le montrer du résultat des infiltrations.

Tout se passe comme si en supprimant la douleur précocement, on évitait l'apparition de lésions plus profondes médullo-encéphaliques.

Plus tard tout est bien décevant lorsque s'intriquent aux phénomènes douloureux des manifestations psychiques des sujets toxicomanes ou qu'aux troubles fonctionnels ont succédé des désordres organiques.

Votre devoir sera cependant, au cours de vos essais thérapeutiques successifs, de savoir conserver au malade son espoir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 20 JANVIER 1947

Propriétés biologiques et quelques caractères chimiques du résidu « colloïdal » de l'urine. — Note de MM. BESSIS et G. SANDOR, présentée par M. LAUBRY. — L'urine normale de l'homme est une source à partir de laquelle on peut facilement isoler les antigènes A. B. O. (note présentée à la séance du 20 janvier 1947.

Rôle des bandelettes musculaires cæco-coliques dans le phénomène appendiculaire. Une affinité organique supplémentaire entre le Gibbon et l'Homme. — M. Frédéric GLUCKMANN.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1947

La détection rapide des cellules chromaffines intestinales par les complexes d'argent ammoniacaux à chaud. — M. Frédéric GLUCKMANN.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1947

Variation de l'activité phosphatasique des tissus et organes du rat au cours du rachitisme expérimental et de son traitement par le calciférol. — M. Raoul LECOQ montre, par une série de dosages de phosphatases pratiqués sur le rat, que l'accroissement de l'activité phosphatasique du sérum sanguin, classiquement admise, trouve son explication dans la fuite concomitante des phosphatases des parties osseuses lésées, devenues inaptes à fixer le calcium. Le calciférol entraîne rapidement une hypercorrection des phosphatases de l'os. L'augmentation ou la diminution des phosphatases des fèces et plus encore des phosphatases rénales apparaît en relation avec la nature alcalosique ou acidosique du rachitisme. L'adjonction de calciférol entraîne une diminution ou une augmentation corrective. La détermination du taux d'activité phosphatasique des fèces et des urines pourrait sans doute apporter d'utiles renseignements sur la nature (acidosique ou alcalosique) des rachitismes cliniques (Note présentée par M. Javillier).

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1947

Le nouveau règlement de l'Académie

M. le Secrétaire général annonce à l'Académie que le ministre de l'Education nationale a approuvé les modifications que l'Académie se proposait d'apporter à son règlement et dont la *Gazette* a déjà entretenu ses lecteurs.

L'Académie est donc désormais autorisée à porter le titre d'*Académie Nationale de Médecine*. Une section des membres non résidents, constituée par les actuels associés nationaux, comprendra des membres dont chacun, selon sa spécialisation, se rattachera à une des sections.

Les membres titulaires que la santé ou l'éloignement auront empêché de siéger pendant un an, seront nommés membres émérites, conservant toutes leurs prérogatives mais leur place sera déclarée vacante et ils seront aussitôt remplacés.

L'Académie commencera incessamment la mise en vigueur de ces dispositions.

Diéthylstilbœstrol et leucémie myeloïde. — MM. LOEPER, Maurice LE SOURD et STERBOUL. Observation d'une femme atteinte de leucémie myéloïde améliorée dans tous ses symptômes sanguins, spléniques et généraux par les injections à doses croissantes de diéthylstilbœstrol. La leucocytose, parallèlement à l'accroissement des doses tomba de 270.000 à 60.000, les myélocytes se raréfient et les polynucléaires augmentant, on a constaté comme seule réaction la forte pigmentation du mamelon et de l'œdème des grandes lèvres. Le diéthylstilbœstrol aurait ici agi comme frénateur énergique de la leucocytose et agent maturateur des granulocytes.

Discussion : M. COURRIER.

Septicémie grave au cours de la grossesse due à un vibrion. Avortement consécutif. — MM. VINZENT, DUMAS et PICARD (Présentation faite par M. LEMIERRE). — Observation d'une septicémie suivie d'avortement chez une femme absorbant un lait provenant d'une ferme où s'était produit un cas d'avortement épizootique.

Le microbe à deux reprises isolé du sang est un vibrion ayant les divers caractères et le pouvoir pathogène du vibrio fœtus, agent d'avortement des ovidés et des bovidés.

Essai de culture de bacille de Stefansky en Sauton en association avec la levure de Springer. — — M. TISSEUIL (Présentation faite par M. GOUGEROT). — Les bacilles de Stefansky cultivés sur milieu de Sauton en association avec les levures de Springer sont restés infectants plus de 35 jours. Cultivés seuls avec les mêmes émulsions, ils ne sont plus infectants après ce même délai.

Dans les passages faits trois mois après la mise en culture, ni les bacilles en association, ni les bacilles seuls, ne sont infectants.

Localisation pulmonaire du thymol et de ses éthers. — MM. Caujolle, Franck et Heynard (Présentation faite par M. Fabre).

Le thymol et ses éthers administrés par voie intraveineuse au chien chloralosé se localisent électivement dans le parenchyme pulmonaire, localisation particulièrement importante pour les éthers aliphatiques ; elle paraît sous la dépendance de la fonction lipopexique du poumon.

A propos d'une réaction de floculation du liquide céphalo-rachidien. — M. Dosnon et Mlle Simonot.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 22 janvier 1947

Sur les voies d'abord des goitres endothoraciques. — M. Santy a eu l'occasion d'opérer 6 goitres endothoraciques sur un total de 1.500 thyroïdectomies. L'auteur a utilisé la sternotomie médiane qui donne un jour suffisant pour enlever les tumeurs franchement intrathoraciques.

M. Welti estime que tous les goitres endothoraciques peuvent être enlevés uniquement par voie cervicale car le pédicule vient toujours de la région cervicale.

Film de thyroïdectomie subtotale pour maladie de Basedow. — M. M. X. da Silveira présente un film de technique opératoire.

Deux observations de mort après fermeture d'un anus cœcal. — M. Lafitte signale le danger de fermeture d'un anus cœcal chez les malades âgés.

Hématome sous-dural ancien révélé à l'occasion d'une méningite à pneumocoques. — M. Ferey trépanant pour un syndrome de méningite à pneumocoques un homme de 25 ans trouve un hématome sous-dural resté latent depuis un traumatisme cranien ancien. Guérison.

Prélèvement du tendon du plantaire grêle comme matériel aponévrotique. — M. Barraya rappelles les qualités de ce matériel pour les plasties tendineuses.

Deux opérés de gastrectomie totale par la technique de M. Lefèvre. — Présentation de malades . M. Rudler.

Résection des têtes métacarpiennes pour lutter contre une griffe de la main. — M. Dufourmentel.

Séance annuelle du 29 janvier 1947

Discours du professeur Basset, président.

Rapport sur les travaux de l'Académie pendant l'annee 1946. — M. Quénu.

Eloge du professeur Legueu. — Le professeur Leveuf, secrétaire général, retrace dans un remarquable discours la vie et la carrière scientifique de M. Legueu.

Nos lecteurs ont pu lire dans le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux* quelques extraits de ce très bel éloge.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 janvier 1947

Nouvelle insuline. — MM. R. Boulin, P. Uhry et Nepveux rapportent le résultat de leurs expériences relatives à une nouvelle insuline découverte par Knud Hallas-Moller. L'insuline est traitée par un isocyanate qui ampute la molécule insulinique de trois de ses acides aminés : la lysine, l'arginine et l'histidine, puis additionnée pour moitié d'insuline ordinaire.

Les résultats ont paru dans l'ensemble très bons. L'action sur la glycosurie et la glycémie basale, le contrôle du cycle nycthéméral de la glycémie, ont paru s'effectuer dans des conditions meilleures qu'avec l'insuline protamine-zinc. Le seul inconvénient de cette insuline serait qu'elle semble exposer plus volontiers que l'insuline protamine-zinc, à des accidents hypoglycémiques, ce qui s'explique par ce fait qu'elle renferme 50 % d'insuline ordinaire.

Il paraît donc indiqué de n'injecter en une dose unique que de faibles quantités ; 20 à 30 unités. Lorsque le traitement exige des doses plus importantes, il est préférable de les scinder en deux injections que l'on pratique l'une avant le petit déjeuner, l'autre avant le dîner.

La vitamine D² à hautes doses dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Indications et limites. — Pour MM. Hugues Gounelle et Maurice Bachet, il apparaît que la vitamine D² par voie buccale à doses élevées, associée à du calcium exerce à titre d'appoint chez les tuberculeux pulmonaires exempts de tare rénale une action favorable. La posologie n'est pas encore exactement précisée, mais de toute façon il importe de suspendre l'apport dès l'apparition de tout signe d'hypervitaminose tant clinique qu'humorale : anorexie, vomissements, amaigrissement, constipation, sécheresse de la bouche, polyurie, hypercalcémie, hyperazotémie, etc...

La voie intramusculaire ne conditionne pas de tels inconvénients, mais son efficacité demande encore à être confirmée.

De toutes façons ce traitement ne doit en rien changer les indications de la médication antituberculeuse classique et notamment de la collapsothérapie.

M. Decourt en administrant de la vitamine D² à doses élevées pendant plusieurs mois dans un cas d'ostéomalacie n'a pas constaté d'élévation de la calcémie ; par contre, la phosphorémie était considérablement augmentée.

M. Et. Bernard a noté chez les déportés tuberculeux, ayant été traités aussi par la vitamine D pour leur état général une amélioration rapide notable, mais il ne faut pas se hâter de conclure de quelques observations.

MM. Benda et Maurice Renault font les mêmes réserves.

Exérèse d'un kyste aérien géant avec conservation intégrale du parenchyme pulmonaire. — MM. M. Bariéty, O. Monod, R. Lesobre. — Une malade de 46 ans, confinée à la chambre depuis de longs mois par la dyspnée, a subi une quarantaine d'exsufflations pour « pneumothorax spontané ». En fait, il s'agit d'un kyste aérien géant occupant tout l'hémithorax gauche. Suspecté par le film, le diagnostic est affirmé par l'endoscopie à l'occasion de laquelle se crée un pneumothorax.

L'intervention chirurgicale permet un clivage du kyste qui est lié à la corticalité du poumon par un mince pédicule aisément sectionné.

Suites opératoires simples.

La possibilité d'une récupération anatomique et fonctionnel du poumon après l'intervention montre l'intérêt qui s'attac à l'exérèse des kystes géants, jusqu'ici délaissée.

M. Et. Bernard a observé un cas semblable, mais il n'a pa osé tenter l'opération, par crainte de l'évolution vers un pneumothorax grave.

Le début douloureux de la tuberculose pulmonaire. — MM. Bariéty et R. Lesobre montrent, d'après cent observations, que la douleur peut être un signe précoce de tuberculose pulmonaire. Son intensité est variable et l'on ne doit conserver que les cas où elle s'impose comme un symptôme précis, indiscutable. Le plus souvent, mais non toujours, elle siège du même côté que la lésion ; les douleurs axillaires et chondro-costales antérieures sont les plus suggestives. Il ne paraît pas y avoir de lien entre elles et une réaction pleurale antérieure.

Du point de vue pratique, dans le flot de consultants qui se plaignent d'un « point de côté » et qui sont presque toujours indemnes de tuberculose, on doit approfondir et répéter les examens chez ceux dont la douleur est nette, assez intense, bien localisée, tenace ou récidivante.

Pneumonie récidivante chez un enfant (25 atteintes). — MM. Julien Marie, M. Brunel, Ph. Seringe, G. Sé et Cl. Renaud rapportent l'observation d'un enfant de 14 ans qui, après avoir contracté une première pneumonie au mois de juin 1943 a présenté 24 récidives en un peu plus de trois ans. Chaque épisode s'est comporté tant du point de vue clinique que du point de vue radiologique comme une pneumonie franche, typique, le tableau clinique se reproduisant identiquement à chaque nouvelle récidive. La localisation de beaucoup la plus fréquente est le lobe inférieur gauche (16 jours) mais on a noté aussi 6 foyers à droite et 3 bilatéraux. Dans l'intervalle des récidives l'enfant demeure un tousseur et un cracheur chronique.

Des investigations complémentaires ont pu être effectuées :

— L'expectoration renferme à l'état pur un pneumocoque tuant la souris blanche en 36 heures mais n'appartenant à aucune variété connue ;

— Le sérum du malade n'agglutine pas ce germe ;

— L'allergie cutanée vis-à-vis du pneumocoque paraît nulle alors qu'elle est extrêmement vive vis-à-vis du sérum de Cheval ;

— Mais surtout la bronchographie lipiodolée révèle l'existence d'une bronchectasie localisée au lobe inférieur gauche.

Les auteurs discutent à propos de cette observation la pathogénie des pneumonies récidivantes, envisageant successivement le rôle d'une rhinite chronique comme réservoir de virus, celui d'une sensibilisation à l'égard du pneumocoque et enfin des relations entre les pneumonies et la dilatation bronchique.

M. Benda est partisan d'une origine bronchectasique et émet

l'idée d'un traitement par les aérosols de pénicilline.

M. M. Renault estime qu'il s'agit d'un cas de sensibilité typique.

M. J. Marie insiste sur le fait que la dilatation des bronches n'est pas prouvée être la cause de ces pneumonies récidivantes.

CENT CINQUANTENAIRE DE LA SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

1796-1946

Sous la présidence d'honneur de M. Rouvillois, président de l'Académie de Médecine, et de M. Lesné, président de la Société de Médecine de Paris, le cent cinquantenaire de la Société a été célébré le samedi 30 novembre 1946. Toutes les grandes Compagnies et les Sociétés médicales étaient représentées, en particulier M. le professeur Binet, doyen de la Faculté de Médecine ; M. le professeur Basset, président de l'Académie de Chirurgie ; M. le docteur Halbron, président de la Société Médicale des Hôpitaux ; M. le docteur André Thomas, représentant l'Académie Duchenne de Boulogne ; M. le docteur Flandin, président de la Société de Dermatologie ; M. le docteur Bory, président de la Société de Thérapeutique et de Pharmacodynamie ; M. le docteur Luquet, président de la Société des Chirurgiens de Paris.

Honoraient également de leur présence, M. le professeur Portes, président de l'Ordre National des Médecins ; MM. Cibrie et Rouèche, au nom des Syndicats médicaux ; le docteur J.-A. Huet, représentant l'Hôtel de Ville et le Département de la Seine.

On remarquait, en outre, les anciens présidents Dupuy de Frenelle, Hartenberg, Joly, Laignel-Lavastine, Le Lorier, Lematte, Luys, Perpère, Prost, Rœderer, G. Rosenthal, et les vice-présidents Glénard, Galliot, Vernet.

Les pays amis et alliés étaient représentés :

Pour la Belgique, par le professeur Bastenie, de Bruxelles ;

Pour l'Angleterre, par le docteur Pierre Lansel, de Londres ;

Pour la Suisse, par les professeurs Jentzer et Bickel.

Après l'allocution de M. Bécart, secrétaire général, brossant une fresque rapide et émouvante de l'histoire de la Société de Médecine de Paris, et des grands noms qui l'ont illustrée : Desessartz, Sédillot, Baudelocque, Desgenettes, Littré, Cuvier, Larrey, Richelot, Abadie, Budin, Marcel Labbé, Dartigues, Léopold Levi, Lobligeois, Victor Pauchet, Peugniez, le président, M. Lesné, fit l'éloge des personnalités marquantes des cinquante dernières années et des travaux qui ont honoré la Société. De remarquables conférences furent faites ensuite par MM. de Gennes, A. Lemaire, P. Lansel, Mlle le Dr Brun, MM. J.-E. Marcel et E. Oppert.

Un grand banquet de 200 couverts clôtura cette brillante manifestation où la qualité du menu n'eut d'égale que celle des nombreux discours qui furent prononcés par les personnalités présentes.

Séance du 25 janvier 1947

Présidence de M. Glénard

Le syndrome de présomption d'épileptoïdie — Par M. de Parrel. — Chez de nombreux enfants retardés scolaires, petits caractériels ou débiles psychomoteurs, d'audition normale, l'auteur a observé :

1° *Un retard marqué des réponses à des questions très simples*, adaptées à l'âge de l'enfant ;

2° *Une certaine mollesse de l'articulation avec ralentissement marqué du débit ;*

3° *Une lenteur notable des exposés oraux*, concernant les jeux, les voyages, les exercices scolaires, les noms des frères et sœurs, etc. ;

4° *Une insuffisance de l'intensité vocale* malgré l'intégrité constatée des divers organes de la phonation ;

5° *Une véritable inappétence pour la parole.*

L'ensemble de ces symptômes constitue un indicatif probable de comitialité et il importe, en l'occurrence, de rechercher avec soin, les autres signes classiques d'épileptoïdie, tant sur le plan intellectuel et caractériel que psycho-moteur. L'auteur conseille, lorsque le diagnostic est établi, de prendre les mesures thérapeutiques adéquates qui consistent dans la souple association des imprégnations hormonales, des médications neuro-sédatives et des exercices méthodiques de rééducation en vue d'obtenir l'accélération des mécanismes intellectuels, phonatoires et moteurs.

Discussion : MM. Lesné, Soulas.

L'enclouage des fractures. — Par M. Raphaël Massart. — L'auteur montre les résultats d'une méthode diversement jugée et dont l'intérêt est immense, puisqu'elle permet une consolidation rapide des fractures et une meilleure reprise de la fonction, à condition, bien entendu, qu'elle soit utilisée par des chirurgiens ayant la pratique de la chirurgie des os, et offrant à leurs blessés, la sécurité des suites opératoires.

Discussion : MM. P. Le Gac et G. Rosenthal.

Présentation d'appareil. — M. Yves Couzigou. — L'auteur propose un nouveau moyen de préhension et d'extraction fœtale, à l'aide d'une ventouse.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 15 décembre 1946

Le traitement de l'endocardite secondaire subaiguë (maladie d'Osler) par la pénicilline. — MM. E. Donzelot, H. Kaufmann et J. E. Escalle. — Cette étude est fondée sur l'observation de 70 cas de maladie d'Osler.

Les auteurs rappellent d'abord leurs résultats thérapeutiques qui, pour les 55 premiers malades, avec un recul de quatorze à six mois, s'établissent ainsi : guérisons : 46 ; malades encore fébriles : 4 ; décès : 5. Les cas à hémoculture positive se sont montrés nettement plus sensibles que les cas à hémoculture négative (46 cas avec 36 guérisons contre 9 cas avec 5 guérisons).

Les critères du traitement sont ensuite analysés. Ce sont :

a) La courbe thermique, qui est d'importance capitale à condition d'être établie rigoureusement. Les divers types en sont décrits : le caractère le plus remarquable est une tendance ondulante à peu près constante. Il existe d'autre part, après la défervescence du début, une recrudescence fébrile qui réalise parfois un véritable « raccourci » de l'affection.

b) La vitesse de sédimentation, pas toujours parallèle à la fièvre ;

c) L'étude bactériologique, qui comporte l'étude de la résistance du germe *in vitro*, comparable à la résistance *in vivo ;* les discordances viennent de la nature variable des pénicillines et de la complexité biologique de l'état septicémique. Par ailleurs, la confrontation des hémocultures et de la fièvre montre une indépendance relative du processus septicémique et de l'évolution thermique ;

d) Les examens viscéraux. — D'abord l'examen cardiologique : l'étiologie de la cardiopathie, importante pour le pronostic d'avenir, les incidents du traitement (incidents bénins ou au contraire troubles vaso-moteurs myocardiques graves chez les malades à cœur déficient), la possibilité d'insuffisance cardiaque aiguë, après guérison du processus infectieux, justifient des examens cardiologiques répétés. L'examen rénal ensuite. Une forme particulière avec hémoculture négative et insuffisance cardio-rénale mérite d'être isolée, la pénicilline y étant soit totalement inactive, soit active simultanément sur les trois ordres de symptômes.

Au bout d'un an, les malades peuvent être groupés en quatre catégories : décès, évolutions fébriles prolongées, rechutes, guérisons de l'état infectieux, chacune de ces éventualités posant des problèmes cliniques particuliers.

Enfin, la technique de traitement mis en œuvre à la clinique cardiologique est brièvement exposée.

Le cœur dans la maladie de Steinert. — MM. L. Rimbaud, H. Serre et P. Passouant rapportent trois observations personnelles : dans un cas l'électrocardiogramme montre un bloc de la branche gauche, dans les deux autres les déformations électrocardiographiques sont minimes. Dans ce type de myopathie, le cœur peut donc être touché comme le sont les autres muscles striés.

Une nouvelle observation de surrénalome hypertensif opéré. — MM. A. Clerc, M. Mouquin et Cl. Macrez. — Les crises d'hypertension paroxystique se caractérisaient par leur longue durée (2 heures et demie) et surtout par une cyanose intense du visage, puis des extrémités, symptôme exceptionnel et paradoxal. La localisation de la tumeur au voisinage de la surrénale gauche peut être faite grâce au pneumorein. La pièce enlevée chirurgicalement (il s'agissait d'une masse aberrante de tissu médullaire surrénal, accolée à la corne interne de la surrénale pesait 13 grammes et contenait 11 mmgr. 5 d'adrénaline. Malgré les précautions prises et malgré l'injection des 22 mmgr. d'adrénaline, en trente heures, la mort survint dans le collapsus.

Les troubles du ventriculogramme au cours du pouls lent par dissociation auriculo-ventriculaire. — MM. Mouquin et Cl. Macrez. — Une enquête portant sur 124 malades atteints de pouls lent par dissociation met en lumière l'extrême fréquence des altérations du ventriculogramme. Dans quatre cinquièmes des cas en effet le complexe ventriculaire est troublé. Ses altérations

sont très variables, mais c'est le bloc de branche typique ou atypique, souvent instable dans son type, qu'on rencontre avec la plus grande fréquence (près de la moitié des cas d'anomalies).

Sur les injections sous-cutanées de gaz thermaux. — M. Romeuf (de Royat). — Les gaz thermaux de Royat, sensiblement composés de 99,50 % de gaz CO^2 et de 0,50 % de gaz rares, *développent instantanément*, alors qu'ils sont injectés sous la peau, une vasodilatation capillaire, bientôt accompagnée d'une notable élévation thermique, de toute la surface tégumentaire sus-jacente aux nappes d'infiltrations.

Introduits au niveau des membres inférieurs, on peut constater, par oscilloscopie, qu'ils développent de surcroît une vasodilatation profonde de tout le segment vasculaire artériel situé en aval de la zone d'injection.

Infiltrés dans la région sous-cutanée qui enveloppe l'un quelconque des deltoïdes, ils engendrent de surcroît, encore, une vasodilatation de la face et de l'artère centrale de la rétine ; la toute dernière étant un indice certain de la coexistence d'une vasodilatation concomitante des artères et des capillaires cérébraux et méningés.

Il est à souligner, en outre, que nombre de douleurs à point de départ vasculaire — qu'il s'agisse d'artères, veines ou capillaires — cèdent admirablement dès qu'apparaissent ces diverses vaso-dilatations.

Il a été démontré que ces diverses réactions sont justiciables de nombreuses applications cliniques.

A propos des anomalies fonctionnelles de l'onde T. — M. F. Joly. — Six cas sont rapportés chez des sujets à l'âge moyen de la vie, neurotoniques, ne présentant aucune anomalie cardio-circulatoire.

L'électrocardiogramme montre une inversion de l'onde T en D^2 et D^3, quelquefois dans les trois dérivations standard, dans les positions gauches de la région précordiale et dans la dérivation unipolaire de la jambe gauche.

Ces anomalies disparaissant aussitôt après l'injection intraveineuse de dihydrofolliculine (DFE 45 de Sandoz) évoquent l'hypothèse d'un trouble hypersympathicotonique ou vaso-moteur.

Phénomènes de Stokes-Adams et flutter auriculaire. — M. L. Langeron. — L'auteur apporte une série de cas cliniques spontanés et expérimentaux de manifestations du type Stokes-Adams, au cours du flutter auriculaire. Il n'y a pas concordance constante avec un bloc A. V. complet, mais on peut cependant penser à l'exagération du barrage hissien. Ces faits doivent entrer en ligne de compte dans l'établissement du pronostic et du traitement. Ils sont d'ailleurs certainement rares.

Flutter avec entraînement ventriculaire en orthostatisme. — MM. P. Broustet et A. Bergaud (Bordeaux).

Un cas d'infarctus postérieur du myocarde à début de tachycardie ventriculaire paroxystique suivie de troubles variés du rythme avec survie prolongée. — MM. Henri Metzger et Robert Herr (Strasbourg), relatent l'observation d'un malade atteint d'une tachycardie ventriculaire monomorphe qui est suivie d'une brachycardie avec fibrillation auriculaire et signes typiques d'un infarctus de la paroi postérieure. La fibrillation est remplacée par un bloc auriculo-ventriculaire de 2/1 qui est suivi enfin par le rétablissement du rythme normal avec persistance de signes discrets d'infarctus de la paroi postérieure.

Après avoir éliminé une origine digitalique, les auteurs rattachent la tachycardie ventriculaire à l'infactus, ils expliquent la variation et la multiplicité des troubles du rythme par l'hypothèse de l'existence de plusieurs foyers d'infarctus myocardique.

Les auteurs soulignent enfin l'évolution favorable du cas, fait plutôt rare, et insistent sur l'intérêt de la prise fréquente des courbes électrocardiographiques dans des troubles du rythme.

DOCUMENTS OFFICIELS

La réforme des études médicales

Le *J. O.* du 1er février publie un décret du 31 janvier 1947 modifiant l'article 23 du décret du 6 mars 1934 relatif à la réforme des études médicales.

Ce décret est applicable à compter du 1er janvier 1947.

En voici le texte :

Article premier. — L'article 23 du décret du 6 mars 1934 est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'admissibilité, l'admission et l'ajournement sont prononcés après délibération du jury au complet.

« Les épreuves théoriques écrites, théoriques orales et les épreuves pratiques donnent lieu, pour chaque candidat, à une note variable de 0 à 10.

« Au premier et au deuxième examen de fin d'année, nul ne peut être admis à subir les épreuves théoriques orales et les épreuves pratiques s'il n'a obtenu la moitié du maximum des points pour l'ensemble des deux épreuves écrites. Nul ne peut être déclaré définitivement reçu s'il n'a obtenu la moitié du maximum des points pour l'ensemble des épreuves théoriques écrites, théoriques orales et pratiques de l'examen.

« Toutefois, à ces deux examens de fin d'année, une note inférieure à 3 à une épreuve théorique écrite, théorique orale ou pratique entraîne l'ajournement du candidat.

« Tout candidat qui échoue à la session de juin-juillet aux épreuves orales et pratiques du premier ou du deuxième examen de fin d'année conserve le bénéfice de son succès aux épreuves théoriques écrites pour la session d'octobre-novembre. L'admissibilité aux épreuves théoriques orales et pratiques de ces deux mêmes examens acquise à la session d'octobre-novembre ne vaut que pour cette session.

« Aux troisième, quatrième et cinquième examens de fin d'année, nul ne peut être déclaré définitivement reçu s'il n'a obtenu une note égale ou supérieure à 5 pour chacune des épreuves théoriques orales et pratiques.

« A la session de juin-juillet, tout candidat n'ayant pas obtenu pour chacune des épreuves théoriques orales et pratiques une note égale ou supérieure à 5 est ajourné à la session d'octobre-novembre, mais il conserve le bénéfice des épreuves pour lesquelles il a otenu la moitié du maximum des points.

« En cas de nouvel échec à la session d'octobre-novembre, il est renvoyé à la session de juin-juillet de l'année suivante et doit subir à nouveau toutes les épreuves théoriques orales et pratiques de l'examen.

« Toutefois, les candidats au cinquième examen de fin d'année ayant subi un ou plusieurs échecs partiels à la session d'octobre-novembre ne sont tenus à réparer que ce ou ces échecs partiels à la session suivante de juin-juillet, le bénéfice des autres épreuves restant acquis.

Les candidats à l'un des premier, deuxième, troisième et quatrième examens de fin d'année renvoyés à la session de juin-juillet, après échec, ne peuvent subir les épreuves de leur examen qu'à la condition de justifier qu'ils ont effectué à nouveau tous les travaux pratiques et les stages hospitaliers afférents à leur année d'études.

« Les candidats au cinquième examen de fin d'année ne peuvent se présenter à la session de juin-juillet que s'ils ont effectué à nouveau tous les travaux pratiques afférents à l'épreuve ou aux épreuves auxquelles ils ont été ajournés, ainsi que tous les stages hospitaliers de la cinquième année. »

CHRONIQUE

La leçon inaugurale de M. le professeur Piedelièvre

Le 2 février dernier, M. le professeur René Piedelièvre a pris possession de la chaire de Médecine légale où il succède à M. le professeur Duvoir, chargé maintenant de la chaire de Médecine du Travail.

Le grand amphithéâtre était comble. Les nombreux amis que le nouveau professeur compte dans notre profession, parmi ses collègues et parmi les praticiens, ceux qu'il compte aussi à la Faculté de droit et au Palais, avaient tenu à lui donner une marque de la haute estime que lui valent la droiture de son caractère, ses travaux et la dignité de sa vie.

Dans l'assistance, on remarquait des juristes éminents comme MM. les professeurs Donnedieu de Vabres et Hugueney, de la Faculté de droit, M. Marquiset, MM. les doyens honoraires Balthazard et Baudouin, le professeur Lemierre, MM. Veau, Ernest de Massary, Albert Mouchet, les professeurs Guillain, Lian, Laignel-Lavastine, Guy Laroche, René Fabre, doyen de la Faculté de pharmacie, Etienne Chabrol, Polonowski, MM. Sureau, Deparis, Lhermitte, Anselme Schwartz, Funck-Brentano, Huber, Rouget, Bariéty, Chevallier, Tissier-Guy, Cibrie, Rouèche, Herpin, Besnier, le médecin général inspecteur Costedoat, Simonin, Wolfromm, Bonnet-Roy, Chauvois...

On remarquait encore dans l'hémicycle la présence de nombreuses dames : Mme Léon Binet avait à ses côtés Mme Piedelièvre mère, Mme René Piedelièvre et sa sœur Mme Coste, entourées de leurs nombreux enfants; Mme Roussy, Mme Lemierre, Mme Gastinel...

Avec le cérémonial habituel, le nouveau professeur fit son entrée, précédé du massier et accompagné par M. le recteur Roussy et M. le doyen Léon Binet. La délégation des professeurs en robe était composée de MM. Duvoir, Verne, Leroux, Mathieu, Gastinel, Justin-Besançon, Giroud, Gougerot, Harvier, René Hazard, Olivier, Portes, Mollaret, Delarue, Coste, Desoille, Desclaux.

⁂

M. le doyen Binet salua d'abord les juristes éminents et les hauts magistrats venus entendre M. Piedelièvre. En faisant l'éloge du nouveau maître, il ne manqua pas d'exalter ses travaux de juriste, ses recherches scientifiques, son activité d'expérimentateur, et aussi son dévouement aux praticiens. M. Piedelièvre ne vient-il pas d'être appelé à remplacer M. Balthazard à la présidence du Conseil départemental de l'Ordre des médecins ? Enfin M. le Doyen rappela les éminents services de guerre de son nouveau collègue.

⁂

M. le professeur Piedelièvre prit alors la parole. Suivant la tradition, le nouveau maître, avant d'esquisser un programme d'enseignement, remercia le recteur, le doyen et ses collègues. Il donna ensuite un libre cours à ses souvenirs.

Après avoir rappelé son rude et bien cher pays natal, la Bretagne, avec ses landes, ses rochers battus par l'Océan, M. Piedelièvre adressa sa première et reconnaissante pensée à sa mère, qu'il a le précieux privilège d'avoir aujourd'hui à ses côtés.

Il nous parle ensuite de ses anciens chefs : il fut l'externe de Jalaguier, chirurgien admirable, beau comme un chef arabe, qui séduisait à la fois par sa bonté si franche, et par sa virtuosité d'opérateur.

M. Piedelièvre fut l'externe, puis l'interne de Gandy, parti trop tôt. C'est chez Gandy qu'il eut l'occasion de voir la première opération de Forlanini, faite à Paris. C'est encore chez Gandy qu'il connut le doux, le cher Lévy-Valensi, mort depuis en martyr dans un camp allemand.

Chez Legry, il fit la connaissance de Pierre Teissier qui fut un grand chef d'école.

M. Piedelièvre fut aussi l'interne de M. André Lemierre. En quelques mots pleins d'émotion et qui furent fort applaudis, il exprima ses sentiments d'admiration sans réserve, de confiance et de reconnaissance pour ce maître, qui est l'honneur de notre profession.

Le très regretté Henri Claude, grand médecin et homme de bien fut le dernier chef de M. Piedelièvre et lui donna la plus grande des marques d'affection et de confiance en le faisant entrer dans sa propre famille.

A M. Balthazard, l'un de ses prédécesseurs dans la chaire de médecine légale, M. Piedelièvre adresse quelques mots émus. Il a été le chef de laboratoire, puis l'agrégé de Balthazard : « Je suis votre élève, dit-il, et je resterai toujours votre élève. »

Auprès de M. Balthazard, il apprit à « bricoler ». « C'est, ajoute-t-il, en bricolant que se perfectionne la médecine légale. »

Le seul désaccord qui se soit jamais manifesté entre le maître et l'élève remonte à l'autre guerre. Le premier était chef d'escadron d'artillerie, le second était officier d'infanterie. Comme il sied, le fantassin accusait l'artilleur de tirer sur nos propres tranchées ou de commencer trop tard ses barrages. Et ce rappel d'une époque où le maître et l'élève furent tous deux de glorieux combattants fut très applaudi par l'assistance.

M. Piedelièvre aborde alors le sujet de son cours. Il commence par un excellent historique de la chaire de médecine légale. Ce fut une grande chaire, ne fut-elle pas occupée par Tardieu, par Orfila, par Brouardel ?

On s'imagine parfois que l'exercice de la médecine légale consiste à faire des autopsies. C'est une erreur, dit M. Piedelièvre, on voit beaucoup plus de malades et de blessés que de cadavres. Vingt-cinq ans de Palais ont montré au professeur Piedelièvre que c'est une pratique difficile et assez décevante. Beaucoup de clients du Palais ont intérêt à tromper le médecin, en exagérant ou en dissimulant. Aussi le médecin légiste ne doit-il tenir compte que de ses propres constatations.

A titre d'exemples, M. le professeur Piedelièvre rappelle ses souvenirs sur quelques affaires célèbres. Dans l'horrible affaire Petiot, le médecin légiste eut à examiner de tristes restes, à essayer d'identifier des corps dont la pulpe des doigts avait été abrasée par le criminel pour empêcher la prise des empreintes, la peau du visage était arrachée pour défigurer les victimes... et j'en passe. L'examen des ossements et la recherche des caractères sexuels de ces ossements permit au professeur, qui cita encore d'autres cas difficiles, de donner aux étudiants un avant-goût du haut intérêt que présentera l'enseignement de la médecine légale avec le nouveau professeur.

C'est en termes très mesurés et très humains que M. Piedelièvre fait allusion à ses visites dans les prisons où la promiscuité, le manque de chauffage et de couchage ne sont vraiment pas dignes d'une civilisation moderne.

Le rôle des experts est donc souvent difficile. L'expert est l'auxiliaire de la justice. Il doit mettre ses connaissances techniques au service de la justice et, par ses constatations, aider le magistrat dans ses décisions. Son rôle s'arrête là. Mais sans se départir de la réserve que lui impose la justice dont il est le représentant, le médecin légiste doit cependant se souvenir qu'il est médecin. Il ne peut soigner mais il peut consoler.

« Consoler toujours, n'est-ce pas le devoir qui s'impose sans exception à notre profession ? »

La leçon inaugurale de M. Piédelièvre a été très applaudie. Par sa simplicité, sans affectation, et par sa maîtrise, il a conquis son auditoire. La chaire de médecine légale est dans de bonnes mains.

F. L. S.

INTERETS PROFESSIONNELS

Comité de Coordination Comité Intersyndical des Conseils départementaux des Médecins de la Région parisienne

Le Comité de Coordination des Conseils départementaux de l'Ordre et le Comité intersyndical des Médecins de la Région parisienne se sont réunis le dimanche 2 février 1947 à leur siège social, 28, rue Serpente, à Paris, sous la présidence d'abord du Dr Tissier-Guy (Seine), président sortant, puis du Dr Debuirre (Seine-et-Marne), président élu pour l'année 1947.

Après avoir renouvelé leurs bureaux pour 1947 et s'être concertés pour diverses désignations dans les organismes régionaux officiels de sécurité sociale, les membres du Comité de Coordination et du Comité intersyndical ont exposé la situation résultant du décret du 2 janvier 1947 sur la réduction de 5 % des honoraires médicaux minima dans leurs départements respectifs. Il semble se confirmer que la réduction de 5 % ne peut s'appliquer

légalement qu'aux honoraires des départements n'ayant pas passé convention avec les Caisses de Sécurité sociale et que les honoraires « sociaux » homologués par la Commission nationale d'homologation ne sont pas soumis à réduction.

Les rapports des Syndicats médicaux avec les Caisses de Sécurité sociale ont été longuement évoqués et des précisions données sur les pourparlers actuellement en cours entre la Confédération des Syndicats médicaux et la Fédération nationale des organismes de sécurité sociale (F.N.O.S.S.). Pour le moment nous sommes dans le statu quo dans les cinq départements de la région parisienne.

L'immatriculation des médecins à l'Assurance-vieillesse ne semble pas avoir encore été effective. Les pourparlers continuent entre le gouvernement d'une part, l'Ordre national des médecins et la Confédération des syndicats médicaux d'autre part, pour essayer de trouver un terrain d'entente donnant satisfaction au Corps médical. Cela ne paraît pas impossible si l'on songe que le ministre du Travail, à la suite d'un débat à l'Assemblée nationale le 31 janvier 1947, a déjà donné une satisfaction partielle à ceux que l'on range dans la catégorie des cadres et agents de maîtrise.

Le reste de la séance a été consacré à l'étude de très nombreuses questions telles que le fonctionnement de la juridiction professionnelle en matière d'honoraires pour soins donnés à des assurés sociaux, l'application du nouveau régime des accidents du travail avec sa paperasserie excessive, le fonctionnement de la médecine du travail et des dispensaires de soins dans les usines, les honoraires dans les hôpitaux publics et privés, les honoraires d'assistance médicale gratuite, etc.

INFORMATIONS

Fondation « Lady Tata »

Bourses et allocations en vue de recherches sur les maladies du sang et principalement la leucémie. Année scolaire 1947-1948 :

Les administrateurs du « Lady Tata Memorial Fund » Fondation « Lady Tata »), invitent les candidats à présenter leurs demandes de bourses et allocations en vue de recherches sur les maladies du sang et principalement la leucémie, pour l'année scolaire 1947-1948, commençant le 1er octobre 1947.

Des allocations d'importance variée sont accordées pour couvrir les frais de recherches et procurer des assistants compétents aux chercheurs déjà connus.

Les bourses sont des dons personnels ; leur montant a été de £ 400 (quatre cents livres sterling) par année, si tout le temps est consacré aux recherches, mais s'il ne s'agit que d'une partie du temps, ce montant est ajusté proportionnellement, après accord.

Les demandes devront être déposées avant le 31 mars 1947 et les administrateurs feront connaître leurs décisions en juin. De plus amples renseignements, ainsi que la formule de demande à remplir peuvent être obtenus en écrivant à M. Georges Maître, secrétaire du « Lady Tata Memorial Fund » pour les pays de la zone latine, 65, rue Edmond-Rostand, à Marseille (France).

Association de la presse de l'Institut et des Sociétés savantes. — L'association a tenu son assemblée générale annuelle sous la présidence de M. Chesnier du Chesne. Ont été réélus ou élus : vice-présidents : MM. Georges Kimpflin et le Dr F. Le Sourd ; secrétaire général : M. Robert Laulan et trésorier : M. Louis Chauvet.

Une Société belge de l'Allergie. — Au mois de juillet dernier, a été fondée à Bruxelles la Société belge de l'Allergie.

Cette nouvelle Société savante se propose d'étudier toutes les questions se rapportant aux phénomènes d'hypersensibilité, tant dans le domaine clinique que dans celui de l'expérimentation et de l'immunologie. C'est dire que ses travaux intéresseront surtout le praticien général et lui permettront de se tenir au courant des dernières recherches sur l'étiologie et le traitement d'affections qu'il rencontre à chaque pas dans sa pratique journalière.

Renseignements complémentaires auprès du Dr Jacques Duchaine, secrétaire général, 102, avenue Emile-de-Beco, à Ixelles.

Un amphithéâtre Emile-Sergent à l'hôpital Broussais

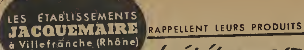
Le mercredi 19 février, à 11 heures, M. le professeur Pasteur Vallery-Radot inaugurera, dans son service de clinique, l'amphithéâtre Emile-Sergent.

Erratum

Dans l'article de M. Le Goff sur Le sucre dans l'alimentation, paru dans le n° 6 du 8 février 1947 de la « Gaz. des Hôp. », p. 92, 2e col.,

Au lieu de : « solutions de sucrose (saccharose) qui s'éliminent, etc. »

Lire : « solutions hypertoniques de sucrose (saccharose) à 50 0/0, qui s'élimine, etc. »



RAPPELLENT LEURS PRODUITS

diététiques

★ **LA BLÉDINE**

Aliment de préparation ou sevrage.
Farine complète et équilibrée.

★ **LA DIASE CÉRÉALE**

Bouillie maltosée fluide.
Assimilation totale.

★ **LE MALTOGIL**

Extrait de malt sec
rigoureusement pur.
Puissant reconstituant.

LES LABORATOIRES DU
GALACTOGIL
à Villefranche (Rhône)

RAPPELLENT LEURS PRODUITS

pharmaceutiques

★ **LE GALACTOGIL**

Puissant galactogène.
A base d'extrait de galéga.

★ **LE PEPTOGIL**

Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques).

R.-L. Dupuy

**INFECTIONS A STREPTOCOQUES
ET A STAPHYLOCOQUES**

Abcès - Phlegmons - Panaris - Lymphangites
Anthrax - Furoncles - Pyodermites
Infections puerpérales et grippales
Broncho-pneumonies

VACCIN R. N.

*VACCIN DES INFECTIONS DIFFUSES
ET DES SUPPURATIONS MAL COLLECTÉES*

La SÉLECTION des FORMES JEUNES
des microbes porte au MAXIMUM
l'activité du vaccin
RÉDUIT au MINIMUM les réactions

LABORATOIRES PÉPIN ET LEBOUCQ · Courbevoie (Seine)

ARHEMAPECTINE
ANTI - HÉMORRAGIQUE

•

KIDARGOL
THERAPEUTIQUE RHINO-PHARINGÉE

•

ARKEBIOS
MÉDICATION PHOSPHORIQUE POLYVALENTE

•

LABORATOIRE R. GALLIER
1b Place du Président Mithouard. Paris (7e)

•

TRINITRINE

ET ASSOCIATIONS
(DRAGÉES A NOYAU MOU)

TRINITRINE SIMPLE
TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS
TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF
TRINITRAL LALEUF
TRINIBAÏNE LALEUF

ANGINE DE POITRINE
CRISES VASCULAIRES SPASMODIQUES

LABORATOIRES LALEUF
51, rue Nicolo - PARIS-XVIe

Dépôt légal. — 1947. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 8. — SAMEDI 22 FEVRIER 1947 — 120e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr.
Chèques Postaux Paris : 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

En exécution des décrets relatifs à la baisse générale de 5 %,
Nos prix d'abonnement et de vente au numéro subissent une baisse de 5 % sur les tarifs en vigueur le 1er janvier 1947 :

Un an : France	356 fr.
au lieu de 375 fr.	
Un an : étudiant	190 »
au lieu de 200 fr.	
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'Internat en médecine de 1946

Epreuves orales

Séance du mardi 11 février 1947 à 16 heures

Notes attribuées. — MM. Baudoin, Yves, 19 ; Tobé, François, 24 ; Ferreux, Jean, 23 ; Bouffard, Jacques, 15 ; Batisse, Raymond, 19 ; Laham, Jean, 21 ; Dubost, Claude, 22 ; Connault, Jacques, 21 ; Debray, Jacques, 27.

Questions sorties. — Signes et diagnostic du chancre syphilitique du sillon balano-préputial.

Signes et diagnostic du cancer du testicule.

Séance du mardi 11 février, à 20 heures

Notes attribuées. — MM. Briens, Jean, 21 ; de Pierson, Pierre, 10 ; Breynaert, Robert, 9 ; Lévy, Pierre-Ulrich, 12 ; Lagrange, Jean, 21 ; Léménager, Jacques, 21 ; Crusson, Constant, 14 ; Viveret, Jacques, 20.

Questions sorties. — Signes et diagnostic de l'asthme.

Lésions traumatiques des ménisques du genou.

Séance du mercredi 12 février, à 16 h.

Notes attribuées. — MM. Chabot (Jacques), 11 ; Blanc (Pierre), 24 ; Tiriau (Gilbert), 13 ; Dugourd (Jacques), 18 ; Mlle Fauvarque (Yvonne), 10 ; MM. Solignac (Henri), 16 ; Clément (Daniel), 14 ; Etienne (Michel), 15 ; Michaux (Gilbert), 20 ; Vanderpooten (Claude), 20.

Questions sorties : Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse de la deuxième enfance.

Diagnostic des péritonites aiguës généralisées.

Séance du mercredi 12 février, à 20 h.

Notes attribuées. — Mlle Cruciani (Christiane), 19 ; MM. Auvigne (Jean), 20 ; Longnos (Pierre), 11 ; Lo Jacono (Jean), 7 ; Pottier (Raymond), 10 ; Pironneau (Armand), 27 ; Lauras (André), 15 ; Têtu (André), 11 ; Pouchol (Georges), 18 ; Tiret (Maurice), 22.

Questions sorties. — Signes, évolution et diagnostic du pneumothorax tuberculeux spontané de la grande cavité.

Examen clinique d'un coude traumatisé.

Séance du samedi 15 février à 20 heures

Notes attribuées. — MM. Friedel, Pierre, 12 ; Herman, Jean-Marie, 15 ; Bruneau, Jean, 19 ; Gauliard, Jean, 13 ; Dunoyer, Jean, 21 ; Collot, Francis, 16 ; Mlle Jolly, Denise, 22 ; Tronc, Jacques, 12 ; Garbay, Michel, 23 ; Juret, Paul, 10.

Questions sorties. — Signes et diagnostic de la colique hépatique.

Phlegmon périnéphrétique.

Assistants en médecine des hôpitaux de Paris. — A la suite du concours de 1946, ont été nommés : MM. P. Renaud, A. Cornet, J. Galmiche, R. Chenevrier, J.-P. Soulier, J. Salet, J. Ristelhueber, M. Goury-Laffont, R. Goris, Mme O. Weill, MM. J. Courjaret, V. Barré, F. Verliac, Ch. Haguin, P. Danset, Mlle O. Schweisguth, MM. G. Duhamel et C. Callebot.

Assistants en chirurgie

Le concours s'est terminé par le classement suivant :

MM. 1. Loygué, 86 points ; 2. Oudot, 85 ; 3. Devimeux, 84 ; 4. Picard-Leroy, 81 ; 5. Chatelin, 81 ; 6. Germain, 79 ; 7. Michon, 79

Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux (4 places). — Ce concours s'ouvrira le 6 juin 1947. Inscription et dépôt de l'exposé de titres en dix exemplaires, du 6 au 19 mai 1945 inclusivement, au bureau du service de Santé, 3, avenue Victoria.

Concours de la médaille d'or (médecine) année 1947. — Le concours s'ouvrira le mardi 10 juin 1947. Inscriptions au bureau du Service de santé, 3, avenue Victoria, du 10 au 24 avril inclus. Le mémoire prescrit devra être déposé au bureau du Service de santé le jeudi 24 avril, à 17 heures, dernier délai

Concours de la médaille d'or (chirurgie et accouchements), année 1947. — Le concours s'ouvrira le jeudi 12 juin. Inscriptions du 10 au 24 avril. Dépôt du mémoire au bureau du Service de santé le jeudi 24 avril, à 17 heures, dernier délai.

Prix Civiale. — Ce concours pour le prix fondé par feu le Dr Civiale, au profit de l'élève ayant présenté le meilleur travail sur les maladies des voies urinaires, sera ouvert en 1947 entre les internes en exercice et les internes en premier.

Dépôt du mémoire le 9 juin au plus tard au bureau du service de Santé. Les mémoires présentés pour la médaille d'or ne sont pas admis.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Stages. — Les élèves de 4e année remplissant les fonctions d'interne ou d'externe non nommés au concours devront cesser ces fonctions le 28 février 1947. Ils devront s'inscrire au guichet 5 pour accomplir les stages de dermatologie et d'obstétrique obligatoires avant la 16e inscription. Aucun de ces stages ne sera reporté en 5e année.

1° **Remplacement d'externes** :

Les étudiants faisant fonction d'externe et désirant être autorisés à remplacer par ces fonctions certains stages de la Faculté sont informés qu'ils doivent fournir

au Secrétariat (guichet n° 5) la proposition du Directeur de l'A. P. (la demander au Bureau du personnel médical, 3, avenue Victoria.

Cette proposition devra être déposée au Secrétariat dans le plus bref délai après la prise des fonctions.

A la fin de ces fonctions, les intéressés devront se faire délivrer un certificat par leur chef de service, contresigné par le directeur de l'hôpital.

Ces certificats seront exigés lors de la prise des 3e et 4e inscriptions de l'année scolaire.

2° **Internes ou faisant fonctions d'internes :**

Les étudiants internes titulaires ou suppléants des hôpitaux ne dépendant pas de l'A. P., doivent adresser à M. le Doyen une demande sur papier timbré à 20 fr., accompagnée d'un certificat du directeur de l'établissement, afin d'obtenir la même autorisation.

Pour la délivrance de la 3e et de la 4e inscriptions de l'année scolaire, ils devront fournir des certificats de leur chef de service contresignés par le directeur de l'hôpital.

3° Les étudiants de 1re année ne sont pas autorisés à remplacer leurs stages hospitaliers par des fonctions.

Scolarité accélérée. — MM. les étudiants de 5e année qui ont obtenu par décision de M. le Doyen le bénéfice d'une scolarité accélérée sont informés que les examens de fin de 5e année commenceront le 24 février prochain, savoir :

Médecine légale et hygiène : 24 et 25 février.

Thérapeutique (écrit) : Bibliothèque, 28 février, à 8 h. 30.

Thérapeutique (oral) : 3 mars, à 13 h.

Livret scolaire. — Les étudiants en médecine sont avertis qu'ils doivent être porteurs à chaque examen, ainsi qu'aux interrogations de travaux pratiques et aux examens dites de stage, de leur livret scolaire, lequel doit comporter une photographie timbrée par la Faculté.

Sur ce livret scolaire les notes doivent être mises par le membre du jury ou par le chef de service qui a examiné le candidat. Ce dernier doit signer la note attribuée.

Vacances de la Pentecôte. — Par décision du Conseil de l'Université, les deux jours de congé mobiles seront accordés à l'occasion des vacances de la Pentecôte, les mardi 27 et mercredi 28 mai 1947.

Ecoles de médecine

Clermont-Ferrand. — M. Levadoux, ancien professeur, admis à la retraite, est nommé professeur honoraire.

Académie des sciences. — Dans sa séance du 17 février 1947, l'Académie a élu M. Jacques Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur, à la place de membre libre vacante par le décès de M. Louis Martin, ancien directeur de l'Institut Pasteur.

EDUCATION NATIONALE

Ecole pratique des hautes études. — L'honorariat est conféré à M. André Meyer, ancien directeur du laboratoire de physiologie physico-chimique et à M. Bourguignon, ancien directeur du laboratoire d'électro-physiologie.

Concours d'entrée aux écoles de sages-femmes. — Le J. O. du 14 février publie un arrêté fixant la date de ce concours aux 6 et 7 juin 1947. Le même arrêté précise les conditions de ce concours et le dossier à fournir avant le 1er avril 1947.

Hygiène scolaire et universitaire. — Mme le Dr Blanchet est nommée médecin inspecteur régional pour l'Académie de Paris.

M. le Dr Pelletier, médecin inspecteur régional pour l'Académie de Lyon, est affecté à titre temporaire à l'Académie de Paris en remplacement de M. le Dr Guillain, démissionnaire.

Une épée d'honneur au professeur Mondor

Les élèves et les amis du professeur Mondor, membre de l'Académie française, ont ouvert une souscription pour lui offrir une épée d'honneur.

Les souscriptions sont recueillies par M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). C. C. P. Paris 559.

Congrès international de médecine sportive

Au cours des prochains Championnats d'Europe de Natation, la commission médicale de la Fédération française de natation organise un Congrès International de médecine sportive spécialement appliquée à la natation. Il aura lieu à Monaco les 12 et 13 septembre 1947.

Deux questions sont mises à l'ordre du jour : La noyade par congestion ; La poliomyélite et les baignades.

S'adresser pour tous renseignements complémentaires à la Fédération Française de Natation, 20, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris (9e). Tél. Provence 17-11.

Deuxième Congrès international sous l'égide de l'Académie internationale de médecine légale et sociale. — Ce Congrès triennal se tiendra en Belgique (Bruxelles et Liége), du 25 au 28 juin 1947, soit immédiatement après la clôture des Journées Médicales de Bruxelles.

Son travail sera réparti en cinq sections : Médecine légale judiciaire ; médecine sociale ; médecine du travail ; psychiatrie médico-légale et sociale ; criminalistique.

Langues admises : anglais et français.

La reprise de la coopération internationale en ces domaines, à l'occasion de ce Congrès, conférera à ce dernier une importance particulière en raison des circonstances nouvelles nées de la récente guerre.

Les personnes désireuses d'y présenter un rapport ou d'y faire une communication sont priées de s'adresser dès à présent au président du Congrès : Professeur Maurice De Laet, Faculté de Médecine, 7, rue de la Gendarmerie, à Bruxelles, ou à l'un des secrétaires généraux : professeur F. Thomas, Faculté de Médecine à Gand et professeur Moureau, Faculté de Médecine à Liége.

La Société Française de Pathologie respiratoire, créée à l'instigation du docteur Ameuille, tiendra sa première réunion scientifique le dimanche 9 mars, à 10 heures, au Comité National de la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

Elle a pour but de grouper ceux qui s'intéressent particulièrement à l'étude des maladies non tuberculeuses de l'appareil respiratoire.

Outre les membres d'honneur, honoraires et étrangers, la Société se composera de 50 membres titulaires et 50 membres associés français, sans distinction du lieu de résidence.

L'organe de la Société sera le « Journal français de médecine et chirurgie thoraciques (Doin, édit.).

Le Conseil de direction est le suivant : MM. P. Ameuille, M. Bariéty, E. Bernard, F. Bezançon, A. Courcoux, R. Even, H. d'Hour, A. Policard, P. Pruvost, E. Rist.

Bureau (1947) : président, P. Ameuille ; vice-présidents, P. Jacob et P. Pruvost ; secrétaire général, R. Even ; secrétaires annuels, J. Lecœur et J.-M. Lemoine ; trésorier, F. Bordet.

La correspondance doit être adressée au Dr Even, centre de phtisiologie, hôpital Tenon, Paris (20e).

Fondation Georges-Renon

La Fondation Georges-Renon (don de Mme Renon à l'Association amicale des anciens internes et internes des hôpitaux de Paris est destinée à recevoir par priorité, dans la propriété du Marquisat, près de Pau, les anciens internes et internes des hôpitaux de Paris, pour un séjour de convalescence. Elle est également ouverte aux anciens externes et externes des hôpitaux de Paris, ainsi qu'aux docteurs et étudiants en médecine.

Mme Renon y reçoit gratuitement les convalescents du milieu médical.

Pour bénéficier des places actuellement vacantes dans la Fondation Renon, s'adresser au docteur Pierre Baillet, 10, rue Théodore-de-Banville, à Paris (l'hiver) et à La Roche-Posay (Vienne), du 15 mai au 1er octobre.

Avis

Nous prions nos lecteurs qui demandent des numéros anciens de bien vouloir nous accorder un délai de quelques semaines.

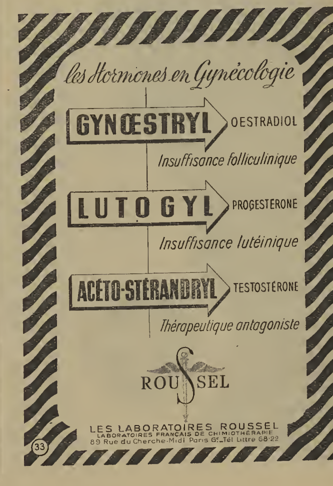
Les demandes, extrêmement nombreuses en ce moment, nécessitent des recherches souvent très longues, qu'il nous est impossible de faire rapidement.

Tous les numéros antérieurs à 1947, quel que soit le prix marqué, sont vendus uniformément au prix de 7 francs. Avec la baisse générale en cours, ce prix est abaissé à 6 francs nets, pris à nos bureaux.


SYNTHROGÈNE
OESTROGÈNE DE SYNTHÈSE
Documentation et Echantillons
GERDA, 10, RUE JACQUARD, LYON


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE


HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois matin et soir avant les repas dans un demi verre d'eau


les Hormones en Gynécologie
GYNŒSTRYL OESTRADIOL
Insuffisance folliculinique
LUTOGYL PROGESTERONE
Insuffisance lutéinique
ACÉTO-STÉRANDRYL TESTOSTÉRONE
Thérapeutique antagoniste
ROUSSEL
LES LABORATOIRES ROUSSEL
LABORATOIRES FRANÇAIS DE CHIMIOTHÉRAPIE
89 Rue du Cherche-Midi Paris 6e Tél Littré 68-22
33

ACTUALITÉS

La méthode de Strasbourg dans le traitement de la coqueluche

La « Médecine Aéronautique » (*Bulletin du Service de Santé de l'Air*), dans sa livraison de novembre 1946, qui vient de nous parvenir, consacre une série d'intéressantes études au traitement de la coqueluche par le vol en avion.

Le sujet n'est neuf que par le procédé préconisé ; le changement d'air est l'un des moyens classiques de la thérapeutique familiale et sans doute pas le moins efficace. L'accord des doctrines thérapeutiques en matière de coqueluche est toujours à venir, l'expérience et les espoirs, la mode aussi y jouent leur rôle. Tout guérit les coqueluches légères ; les coqueluches graves désarment le médecin ; les coqueluches tenaces où persistent longtemps après la période aiguë des quintes violentes et répétées avec leurs conséquences, le font mettre à la question par une famille devenue accessible à tous les empirismes. Même après le classique délai de trois semaines, le succès d'un traitement n'est jamais certain. Si le succès des panacées est bien haut célébré, personne ne vante leurs échecs ni ne s'en vante et les praticiens pondérés ont mauvaise grâce quand, pour être convaincus, ils demandent des guérisons de coqueluches récentes.

Ainsi un oubli, au moins partiel ou un emploi sceptique attend conjointement vaccins, granules homœopathiques et relents d'usines à gaz pour la plus grande gloire des traitements symptomatiques.

Reste le changement d'air que Baillou préconisait dès le XVI[e] siècle. Les années d'avant-guerre l'ont modernisé en le confondant peu à peu avec le séjour en altitude. Ce voyage à la montagne est en général favorable, il faut le reconnaître, quel qu'en soit le mode d'action ; sédation des quintes et reprise de l'état général en sont l'effet habituel. Mais une telle villégiature n'est pas sans inconvénients d'ordre matériel ni un voyage avec les risques de contagion semée ou recueillie par un organisme fragile. Leur importance ne fut pas mésestimée par le D[r] MATTER (de Strasbourg) lorsqu'en 1927, au 2[e] régiment d'aviation de chasse, il eut à combattre une épidémie de coqueluche ; d'où l'idée de réaliser sur place une cure d'altitude en envoyant ses patients en avion à une altitude suffisante. Essais couronnés d'assez de succès pour être à l'occasion renouvelés. Vers le même temps, Kettner (de Berlin), en sincère ignorance de Matter, faisait de même avec les mêmes effets.

Du fait des circonstances les choses en restèrent là et l'oubli ne s'interrompit qu'en 1938 où, sous les auspices de l'Aéro-Club d'Alsace et de la Chambre de Commerce du Bas-Rhin, des essais furent repris et le succès assez constant pour susciter outre-Rhin de l'émulation et peut-être quelque envie. De Rudder, à Francfort, notamment, après essai sur 156 malades crut devoir, dans un rapport classer le vol en avion parmi les procédés de psychothérapie, à l'usage des sujets impressionnables ; sa statistique ne dégageait aucune constance dans le succès. Une telle conclusion n'expliquait guère l'amélioration chez des nourrissons d'une indifférence psychologique évidente ni les succès obtenus en divers pays, en Suisse notamment, où la méthode de Matter fut bientôt baptisée MÉTHODE DE STRASBOURG. Quelle qu'en fût la valeur scientifique les rapports allemands valurent à la méthode un veto officiel ; des essais en caisson à dépression avec atmosphère climatisée, entrepris à la même époque, ne furent pas plus épargnés : 10 % de succès ne méritaient pas, aux yeux officiels, une plus longue étude ; le mode d'action, inconnu, n'atténuait pas les préventions.

Depuis la Libération quelques essais en ordre dispersé, reprenaient en France lorsque la nécessité d'user d'avions éveilla la sollicitude officielle. Celle-ci se traduisit par l'ordre d'interrompre les recherches en attendant une de ces « réglementations d'ensemble » dont les bureaux gardent jalousement le secret.

Une telle bienveillance a donc pour effet que c'est seulement à l'étranger, en Suède notamment, que l'étude de la question peut se poursuivre.

La technique telle que Matter l'a peu à peu établie, aussi bien que ses émules conscients ou non, est simple et uniforme pour les divers auteurs : montée à l'altitude 2.500-3.000 mètres atteinte en 10 à 15 minutes ; séjour maximum d'une heure au niveau choisi, coupé de 2 ou 3 descentes passagères 500 mètres plus bas. Retour au sol à la vitesse de montée.

Les enfants sont chaudement vêtus sans être trop serrés.

L'avion doit-il être fermé ou non ? Matter, promoteur de la méthode emploie l'avion ouvert, ou tout au moins communiquant largement avec le dehors. Les précautions vestimentaires, l'examen préalable, la surveillance constante par infirmière ou même médecin pendant le voyage parent aux inconvénients. Les essais allemands semblent, au contraire, avoir employé des avions fermés et chauffés. C'est à ces conditions de milieu que Matter est disposé à attribuer l'insuccès des Allemands. Ceux-ci, d'ailleurs, assimilent et mettent sur le même pied d'inefficacité la cure en avion fermé et la cure en chambre à dépression. Par contre, CLAUTOUR, auteur français, qui a dirigé des cures en avion fermé en a obtenu de bons effets ; il n'attribue donc pas à l'isolement thermique ou actinique le rôle que suppose le rapport allemand.

Le choix des malades ne saurait être indifférent.

Forme clinique de la maladie, évolution, état organique du patient sont les éléments à considérer.

Doivent faire écarter du traitement : l'état fébrile, l'état général déficient, les affections de l'appareil circulatoire, contre-indications *in se*, même abstraction faite de la coqueluche. Les otites sont également une contre-indication ; la montée rapide et la dépression barométrique occasionnent des réactions auriculaires auxquelles il vaut mieux soustraire des oreilles en mauvais état. Les rhino-pharyngites, les hernies, les épistaxis et les tendances hémorragipares, l'emphysème sous-cutané en sont également.

Contre-indication aussi l'évolution d'une tuberculose ; on ne saurait naturellement, au cours d'une coqueluche, maladie anergisante, tenir compte de l'état présent d'une réaction tuberculinique ; il faut juger sur les antécédents et le reste de l'examen somatique.

Contre-indications enfin les coqueluchettes qui guériront aussi vite et aussi bien sans aviation ; les pseudo-coqueluches.

L'âge du malade en lui-même, l'âge de la coqueluche, la période aiguë passée, la violence des quintes ne constituent en aucune façon contre-indication. Il convient cependant de poursuivre les études pour reconnaître à quelle période les résultats sont les meilleurs.

La réaction des malades en cours de voyage est en général minime ; souvent les enfants, la première émotion ou la première curiosité dissipées, s'endorment jusqu'au retour ; les adultes moins disposés au sommeil se contentent de trouver le voyage moins distrayant qu'ils n'espéraient. A l'occasion du voyage peuvent apparaître des quintes, même émétisantes mais une telle réaction est exceptionnelle ; de même les otalgies si si la dénivellation n'est pas assez graduelle.

Dans les cas favorables les effets habituels, mais non absolument constants sont une exagération des crises dans les 24 heures après le voyage. Ensuite, apparaît la détente : espacement et affaiblissement des quintes puis leur disparition en quelques jours, deux semaines au maximum, dans des coqueluches jusque-là rebelles à tout traitement. Habituellement l'amélioration commence sans crise préalable dès la nuit qui suit la cure en avion ; dans les cas les plus favorables ce peut être la disparition immédiate et définitive des quintes.

L'état général s'améliore parallèlement. Une deuxième cure en avion, une semaine plus tard, peut servir à consolider un bénéfice partiel. Elle est habituellement inutile.

Quant à des aggravations les avis diffèrent. La plupart des auteurs français n'en parlent pas. MM. BALDY et RICHOU comparant les cures en avion ou en caisson pneumatique mettent au passif de l'avion 6 % d'aggravations sans plus de détails. Peut-être font-ils état de la critique allemande (BOBER, CLAMANN, LAVENER-MAEDER). Il semble que l'examen préalable et la recher-

che des contre-indications, ainsi que les précautions en cours de vol doivent en protéger. S'agit-il au contraire des 5 % de réactions (quintes et vomissements) en cours de cure (MATTER) ? Il semble que ces troubles essentiellement temporaires n'empêchent nullement l'évolution favorable ultérieure. La résistance réelle au traitement semble rare, à en croire MATTER qui, parmi les vieilles coqueluches rebelles entre l'âge de 2 mois et celui de 40 ans, ne compte que 2 % « d'aérorésistants » vrais. Sur 127 malades dont 8 adultes et 2 nourrissons CLAUTOUR trouve 31 % de guérisons et 28 % d'améliorations contre 40 % de résultats nuls. Il est des statistiques optimistes (DELGUADO CORREA — 100 % de guérisons), des pessimistes (CLAMANN et BECKER FREYSENG 10 % seulement). Il est raisonnable, jusqu'à plus ample informé d'envisager une moyenne totale des améliorations et guérisons entre 40 et 50 %, donc proche des chiffres de CLAUTOUR. Il est difficile d'interpréter les statistiques faute de connaître comment les malades ont été choisis, ce qui est évidemment l'élément majeur de variation et de connaître les conditions précises de la cure. Il est des pourcentages établis sur de trop faibles effectifs.

Ce qui de l'avis de MATTER, importe, c'est d'éviter de traiter les malades en avion avant la troisième semaine de la maladie. Et voici revenir le délai fatidique des trois semaines, critère traditionnel, fidèle et invariable des cliniciens de tous temps. Sans doute y a-t-il là une des critiques majeures que l'on peut adresser à une méthode nouvelle en lui objectant la même impuissance qu'aux procédés anciens. Ceci ne saurait pourtant faire mépriser l'avantage certain d'une efficacité plus grande contre les accidents durables. L'importance pratique de ces symptômes, qu'ils coïncident avec une période aiguë de la maladie ou avec des troubles fonctionnels résiduels n'est pas niable ni par leur persistance, ni par la gêne qu'ils causent, ni par les complications qui peuvent s'y ajouter. Les faire cesser rapidement est un progrès qu'on aurait tort de dédaigner

Sans doute la cure en avion n'est-elle pas non plus un changement d'air accessible à tous ni en tous temps ; la critique n'est pas plus pertinente que pour des voyages aux champs ou à la montagne, surtout dans la perspective de la place toujours plus grande prise par l'aviation dans la vie courante.

Doit-on remplacer le voyage en avion par le séjour en caisson pneumatique ? Bien des traits communs existent quant aux ambiances où se trouvent le malade. Bien qu'on soit mal fixé quant aux modes d'action de ces traitements il y a, dans les deux cas dépression barométrique et modification de la tension d'oxygène dont on a fait la cause majeure des modifications humorales, vraies ou supposées qui engendreraient elles-mêmes des modifications cliniques. Dans la même livraison de la *Médecine Aéronautique* une étude de MM. BALDY et RICHOU étudie le traitement en atmosphère raréfiée et le compare à la méthode de Strasbourg. Les résultats paraissent à la vérité assez comparables, de même que les indications et contre-indications, de même aussi que la facilité de mise en œuvre. Sur 128 cas, 28 guérisons complètes, 65 améliorations rapides et durables, 5 aggravations, 30 échecs. Même contradiction avec les auteurs allemands qui ont essayé la méthode et la rejettent aussi bien que la cure par avion. C'est la pratique qui décidera des nuances d'application de deux méthodes qui, sans doute, sont l'une et l'autre intéressantes. Il est à noter cependant, dès maintenant, que l'action mécanique et thermique de l'air respiré a certainement une influence qu'il ne faut pas ignorer ni employer à contre-temps. Certaines observations montrent en effet une différence curieuse dans les résultats chez des malades comparables pathologiquement et traités dans un même voyage selon qu'on a cru ou non devoir les exposer à respirer un air refroidi et à demeurer dans le courant d'air ou selon qu'on les a protégés de cette influence. C'est là la majeure différence actuelle avec la méthode du caisson. Une étude pathogénique plus poussée est nécessaire et aboutira sans doute à un partage d'influence des méthodes.

Quoiqu'il en soit, il semble regrettable qu'une méthode relativement aisée d'application, si limitée que soit son action à certaines périodes de la coqueluche, ne puisse, pour des raisons où la médecine n'a rien à voir, être pratiquée de façon plus courante ; bacillifères ou non les coqueluches de la 4e semaine et au delà n'en sont pas encore à dédaigner les traitements qui se proposent pour le plus grand succès d'empirismes sans valeur.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1947
(Suite)

Propriétés abiotiques du mycelium truffier envers les bactéries du sol. — M. MAGROU a présenté une note de M. CHAZE, professeur à la Faculté des Sciences de Clermont-Ferrand, signalant les propriétés abiotiques du mycélium truffier envers les bactéries du sol. Le produit excrété dans le milieu de culture est très instable et n'a, dans l'état actuel des recherches, aucune action sur les bactéries pathogènes de l'homme et des animaux. Cette découverte est toutefois intéressante dans le domaine de la culture de la truffe dont la disparition graduelle est restée jusqu'à ce jour sans explication et sans remède.

Les solutions de streptomycine. Leur stabilité. Action du formol. — MM. Gaston RAMON, Rémy RICHOU et Jean RAMON. — Il ressort des essais relatés et d'autres du même genre que la streptomycine en solution dans l'eau physiologique apparaît d'une stabilité relativement grande dans ses propriétés antibiotiques puisque celles-ci demeurent apparemment intactes même après un séjour de six semaines de la solution à la température du laboratoire (13° à 18°). Les solutions de streptomycine semblent nettement plus stables que les solutions de pénicilline placées dans des conditions analogues.

Le formol ajouté à la solution de streptomycine dans la proportion de 0,03 à 0,05 pour 100 ne provoque pas d'altération sensible des propriétés antibiotiques, ce qui permet d'envisager la possibilité de l'emploi de cet antiseptique pour la conservation de la pureté bactériologique des solutions de streptomycine et pour accroître aussi, dans une certaine mesure, leur stabilité.

Ces faits et les conséquences qu'on en peut tirer sont de nature à faciliter l'usage des solutions de streptomycine dans la thérapeutique, de certaines maladies infectieuses.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1947

M. le PRÉSIDENT souhaite à M. BESSEMANS, de Gand, correspondant étranger, la bienvenue de l'Académie.

Rappport sur des demandes en autorisation de sérums et vaccins. — M. FABRE.

Election de deux membres annuels du Conseil d'administration. — MM. BOUGAULT et LEMIERRE sont élus à l'unanimité.

Commission du cancer. — La Commission est composée de MM. HARTMANN, ROUSSY, ROUVILLOIS, LEMAITRE, CHEVASSU, AMEUILLE, BAZY, LE LORIER, LEROUX.

Le complexe électrique de la systole cardiaque, somme de deux ondes simples. — MM. CLERC et QUINQUAUD. — Il est difficile dans les conditions courantes d'interpréter avec les dérivations habituelles l'électrocardiogramme de la systole auriculaire et de savoir si le retour au zéro correspond à une annulation réelle des charges électriques ou à la compensation des deux potentiels inverses de valeur égale. La technique employée a montré que le complexe normal représente la somme de deux ondes simples mais inverses, potentiel de base et potentiel de pointe.

Emploi des antibiotiques dans le traitement de la tuberculose. — M. COURMONT. — La médication antibiotique est limitée à la fois par la toxicité des produits actuels et par la structure du bacille ainsi que par la protection que lui offrent les lésions constituées. Les antibiotiques récents ne doivent donc être employés qu'avec prudence en raison de leur toxicité et de l'inconstance de leurs effets. Les bacilles jeunes, non acido-résistants, sont moins résistants aux antibiotiques et le traitement devra, semble-t-il, s'orienter vers les formes aiguës, jeunes, inflammatoires.

Les accidents sont toujours possibles ; le traitement antibiotique doit toujours être prudent et ne pas supplanter encore les méthodes classiques. Discussion : M. RIST.

Efficacité de la pénicilline dans certains états hépato-biliaires. — MM. PARTURIER, PELLENC et HILLERET. — (Présentation faite par M. BAUDOIN). — Non seulement la péniciline

administrée ne paraît pas toxique pour le foie, mais certaines observations montrent les services qu'elle peut rendre dans certaines affections du foie et des voies biliaires. Discussion : MM. Chabrol, Lemierre.

Signification sympathique des syndromes unilatéraux chez les hépato-biliaires. — MM. Parturier, Pellenc et Balme. — (Présentation faite par M. Baudoin). — Les troubles unilatéraux (troubles nerveux, troubles thermiques, troubles vasculaires, points cervicaux douloureux) semblent être sous la dépendance du sympathique et par leur siège et leurs migrations pouvoir orienter le diagnostic vers certaines composantes hépatiques ou duodénales au cours de l'affection hépato-biliaire envisagée.

Relation entre les valeurs antigéniques des venins blancs et jaunes de vipera aspis. — MM. Lamy et Rouyer. — (Présentation faite par M. Trefouël). — Le venin blanc de *vipera* aspis est antigénique. Le sérum obtenu sur cheval par immunisation avec le venin blanc, contrairement à celui obtenu avec le venin jaune, exerce son activité antigénique vis-à-vis de l'antigène homologue mais n'a pas d'action sensible contre l'antigène hétérologue (venin jaune).

Pratiquement, le venin blanc est inutilisable pour préparer un sérum antivenimeux polyvalent pour toutes les vipères de France.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 5 février 1947

Phlébites en cordon post-opératoires de la paroi thoraco-abdominale. — M. Perrin. — M. Sicard rapporte ces deux observations concernant des phlébites apparues après l'ablation d'un adénome du sein. L'examen histologique montrant l'existence d'une endophlébite indiscutable qui semble confirmer l'origine infectieuse de cette complication.

Un cas complexe de chirurgie gastro-intestinale après ulcère duodénal. — M. Barraya. — M. Bergeret, en rapportant cette observation, souligne les difficultés du traitement de certaines complications des ulcères et insiste sur certaines notions de thérapeutique post-opératoires destinées à en prévenir l'apparition : modification du métabolisme des glucides, renforcer l'action du pancréas par l'administration d'extraits pancréatiques, observance d'un régime alimentaire strict, etc.

Staphylococcémie et sulfamidothérapie. — MM. Giraud et Crosnier. — M. Sauvé rapporte cet échec de la sulfamidothérapie dans le traitement d'une septicémie à staphylocoques post-opératoire.

Conduite de la sulfamidothérapie et titrages des sulfamides. — MM. Giraud et Crosnier. — M. Sauvé, rapporteur.

Septicémie à proteus vulgaris, suite de plaie contuse de la région frontale. — *Décès au 23e jour.* — MM. Meunier, Cochinard et Roze. — M. Sauvé rapporte cette observation échec de la pénicillothérapie.

L'ouverture des abcès cérébraux otogènes dans le ventricule. — MM. Piquet et Lahaise. — M. Petit-Dutaillis, en rapportant ces quatre observations traitées par l'association pénicilline-sulfamides avec trois guérisons et une mort fait des réserves sur le caractère définitif de la guérison obtenue.

Traitement des grandes rétractions cicatricielles du dos de la main par résection des têtes des métacarpiens. — M. Dufourmentel obtient par résection de la tête des métacarpiens un raccourcissement à la demande.

Œdème de Quincke viscéral simulant une appendicite aiguë. — M. Tasso Asteriadès. — M. Ménègaux rapporte cette observation et souligne la fréquence relative de l'œdème viscéral au cours des accidents de l'anaphylaxie.

A propos d'un cas d'hyperhydrose palmo-plantaire traité chirurgicalement. Résultats éloignés datant de cinq ans. — MM. F. Leclerc et Berger. — M. S. Blondin rapporte cette observation dans laquelle les auteurs firent une double stellectomie (pour le membre supérieur) et une double sympathectomie périfémorale (pour le membre inférieur). Pas de lésion histologique des ganglions stellaires. Le résultat fut meilleur aux membres supérieurs.

Plaies de la carotide primitive, du nerf pneumogastrique, du nerf sympathique du plexus cervical, contusion du plexus brachial et plaie de l'œsophage. Ligature de la carotide primitive, suture du pneumogastrique et de l'œsophage. — M. Jean Jiano. — M. Truffert, rapporteur, souligne l'absence de troubles encéphaliques post-opératoires.

ACADEMIE DE PHARMACIE

Séance du 5 février 1947

Présentation d'un ouvrage sur les corps gras. — M. E. André.

Etude préliminaire d'une rutacée de l'A.O.F. : Fagara xanthoxyloïde L. — M. R. Paris et Mme Moyse-Mignon. — Caractères botaniques et chimiques de la drogue. Composition : essence, saponoside et trois alcaloïdes cristallisables :

I. Identique à la skimmianine ;

II. Du groupe de la berbérine paraît identique à l'artarine ;

III. Rouge foncé, pour lequel on propose le nom de *fagaridine*. *Fagara* renferme du *fagarol* proche de la cubébine. La drogue totale a une forte activité ichtyotoxique.

Le mode d'action des purgatifs anthraquinoniques. — M. G. Valette. — L'action de l'émodine sur l'intestin isolé de cobaye et de rat se manifeste par une augmentation de tonus décelable uniquement sur la partie distale du colon. L'action de l'atropine permet de penser que l'émodine se comporte comme un parasympathomimétique.

Action toxique du D.D.T. et cholinestérase sérique. — MM. R. Truhaut et D. Vincent. — Pas d'inhibition dans le sérum de cheval *in vivo*.

Présentation d'appareil détecteur de produits agressifs. — Modèle marine 1938. — M. J. Grégoire.

Une digitale méditerranéenne, Digitalis ferruginea. — M. P. Duquenois. — Plante croissant dans toute la région méditerranéenne ; par ses principes actifs, se rapproche plus de *D. purpurea* que de *D. lanata*.

Sur l'opportunité d'un étalonnage technique des solutions génératrices pour émissions correctes d'aérosols médicamenteux. — M. F. Bruère.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 janvier 1947

Sur un kyste gazeux géant de l'hémithorax gauche. Discussion pronostique et thérapeutique. — MM. Etienne Bernard, F. Triboulet et Mlle Lotte rapportent l'observation d'une femme de 35 ans atteinte d'une collection gazeuse occupant la totalité de l'hémithorax gauche, refoulant les organes du médiastin, simulant un pneumothorax spontané par la notion d'épisodes brusques et douloureux et par l'existence d'un syndrome amphorique. Mais un film remontant à quatre années et montrant sous la clavicule la limite supérieure de la collection gazeuse, sous la forme d'une bordure nette presque horizontale et aussi l'absence de toute réaction liquidienne, plaident pour une cavité kystique. Kyste congénital ou bulle monstrueuse d'emphysème ? Plutôt la première hypothèse. En l'absence de toute infection et de dyspnée, les auteurs se sont abstenus de proposer une opération. Ces kystes, même géants, peuvent demeurer latents et fixés dans leur morphologie pendant de très nombreuses années. Et l'intervention chirurgicale, malgré des succès rapportés, n'est pas exempte d'aléas.

M. Even rappelle que les chirurgiens ne sont pas partisans de l'intervention avant qu'il y ait infection ; d'ailleurs cette infection est rare et grâce à la pénicilline ne présente plus de danger.

Kyste de la capsule surrénale droite. — MM. P. Hillemand, P. Moulonguet, E. Gilbrin et Horvilleur rapportent l'observation d'une malade, atteinte d'une lithiase vésiculaire et cholédocienne, chez laquelle les examens radiologiques montraient une ombre circulaire très postérieure située au niveau de D XII-L I. L'intervention montra que cette tumeur était un kyste de la surrénale droite avec coque calcifiée. Ils insistent sur la rareté de tels faits dont l'étiologie est impossible à préciser.

Chorée fibrillaire de Morvan et acrodynie. — MM. L. Langeron et Duriez présentent un tableau clinique faisant penser à l'acrodynie, mais avec apparition de fibrillations et de myclonie établissant le diagnostic de maladie de Morvan. La pénicilline paraît avoir eu une influence heureuse. Les auteurs insistent sur les rapports étroits entre ces deux formes de névraxite à prédominance végétative : maladie de Morvan et acrodynie.

Chronique du Kala-Azar à Marseille. — D'après MM. P. Giraud, R. Bernard et P. Bergier, l'endémie leishmanienne est très fixe, avec environ neuf à dix cas par an. Les enfants de 1 à 3 ans ont été les plus touchés. La transmission du chien à l'homme par l'intermédiaire de tiques est le mode habituel de propagation dans la région.

Addison avec absence de poils axillaires et pelviens malgré conservation de la menstruation. – MM. J. C. Mussio-Fournier et A. Proto (Montevideo).

Myxœdème avec un retard de quelques synostoses malgré une menstruation régulièrement établie depuis douze ans. — MM. C. Mussio-Fournier et A. Proto (Montevideo).

Le traitement médical des abcès du poumon par pénicillothérapie endobronchique précise. — MM. Charles Mattei, Marcel Tristani, André Barbe (Marseille), ayant recueilli en vingt mois 34 observations d'abcès pulmonaires, définissent leur méthode de pénicillothérapie endobronchique « précise » basée sur la localisation zonaire exacte de l'abcès, sur son instillation, au plus près, régulière et assez prolongée, par le pédicule bronchique de la zone où il siège.

La précision d'instillation doit être contrôlée au début par une vérification avec index lipiodolé. Une nouvelle vérification lipiodolée, terminale, après guérison de l'abcès, établira par l'intégrité des rameaux bronchiques de la zone atteinte et de tout son poumon, la validité du résultat obtenu.

L'âge des abcès, s'il n'est alourdi par l'irrétractibilité pulmonaire et la symphyse pleurale, ne constitue pas un obstacle insurmontable à leur guérison par pénicilline endobronchique.

Par contre, les auteurs évoquent, en élargissant le cadre de leur étude, les difficultés de traitement des abcès parabronchectasiques (26 cas) et de la suppuration des cavités préformées dépendant de l'arbre bronchique (20 cas). La pénicillothérapie endobronchique guérit souvent les abcès parabronchectasiques ; elle assèche régulièrement les cavités préformées. Mais ne supprimant pas l'ectasie bronchique, elle laisse le malade exposé à une suppuration récidivante. Celui-ci ne peut alors attendre de la pénicillothérapie endobronchique qu'une bonne préparation à l'exérèse chirurgicale s'il est opérable ; qu'une suppression souvent durable de la fétidité et du volume de son expectoration par des instillations en séries, s'il ne peut être opéré.

Mais les auteurs affirment que les abcès francs, libres et, si possible, récents, guérissent en général par la pénicillothérapie endobronchique précise, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'acte chirurgical.

Les doses massives de vitamines B1 dans le traitement des myalgies et des névralgies aiguës. — MM. R. Cattan, P. Frumusan et C. Attal ont utilisé des doses de vitamines B1 atteignant 200 à 250 mgr. par jour, dans le traitement des névralgies aiguës : lumbagos, sciatiques, algies post-zostériennes. Les résultats ont surtout été nets dans le lumbago ; par contre, la méthode échoue dans les sciatiques de cause organique, discale par exemple. Les auteurs ont utilisé indifféremment les voies buccales et intramusculaires ; la voie intraveineuse semble devoir être rejetée à cause de certains cas de mort subite.

Il ne s'agit pas d'une action anti-carencielle, mais d'un pouvoir pharmaco-dynamique encore obscur.

Lipothymies et tétanie chronique (étude clinique et humorale). — MM. L. Justin-Besançon et H. Pierre Klotz. Il existe des manifestations lipothymiques pouvant aller jusqu'à la perte de connaissance, qui relèvent de la spasmophilie. Elles peuvent être isolées ou alterner avec des crises de tétanie franche. Elles sont à distinguer des malaises hypoglycémiques, des crises nerveuses pithiatiques et des équivalents épileptiques avec lesquels elles sont habituellement confondues. Leur diagnostic s'appuie essentiellement sur la constatation d'une hypocalcémie à jeun ou d'une hypocalcémie provoquée.

M. Lenègre insiste sur le fait qu'il n'y a pas à proprement parler de lipothymie cardiaque.

M. Gilbert-Dreyfus a observé ces lipothymies chez la femme pendant les dix jours qui précèdent les règles, avec même parfois un signe de Chvostek. Un traitement par le calcium intraveineux ou par voie rectale, associé à la thérapeutique antifolliculinique, donne de bons résultats.

M. Cattan a vu ces lipothymies chez des malades atteints d'amibiase chronique. La perte de calcium se fait alors par la diarrhée et s'associe à des troubles vago-sympathiques.

M. Decourt. Ce phénomène, très fréquemment observé, se rattache à un signe commun, la vagotonie. Toutes les autres manifestations, psychisme, hypocalcémie, hypoglycémie, viennent se greffer sur un terrain constitutionnel vagotonique.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 7 février 1947

A propos du traitement des ostéomyélites chroniques. — M. Guillot présente l'observation d'un malade atteint d'une ostéomyélite chronique de l'extrémité inférieure du fémur. A l'occasion d'une poussée aiguë, un traitement de 100.000 unités de pénicilline par 24 heures a été institué. En passant à un million d'unités par 24 heures et en nettoyant chirurgicalement le foyer d'ostéomyélite, l'auteur a obtenu la guérison rapide de la suppuration.

Etat actuel du traitement chirurgical des coxarthries. — M. G. Vidal-Naquet essaie de préciser, d'après l'examen de nombreux malades, les indications du traitement chirurgical dans les coxarthries sur lequel les chirurgiens sont très divisés :

Les opérations nerveuses (section du nerf obturateur, section du nerf carré crural et du jumeau inférieur, radicotomies) sont des opérations infidèles qui, trop souvent, n'apportent aucun soulagement et déterminent, comme l'auteur l'a observé, des atrophies musculaires importantes ;

Les arthrodèses ne réservent pas l'avenir. Elles déterminent, après une période de sédation plus ou moins longue, des douleurs dans les articulations sacro-iliaque et sacro-lombaire. Elles favorisent l'atteinte si fréquente du côté opposé ;

Les arthroplasties ne s'adressent qu'à une minorité de malades et sont souvent d'une gravité hors de proportion avec la maladie. Les résultats datant de plus de quatre ans sont très médiocres ;

Les forages et les acétabuloplaties sont à conserver avec des réserves. Leurs résultats ne sont pas durables ;

Les ostéotomies intertrochantériennes associées, si cela est nécessaire, à la butée, sont fréquemment indiquées et procurent presque toujours une suppression des douleurs et une remarquable résistance à la fatigue, en corrigeant la déformation et en augmentant les appuis.

Voies d'abord de l'articulation temporo-maxillaire. — M. L. Dufourmentel utilise, depuis une dizaine d'années, une incision verticale au ras du pavillon de l'oreille, sur la saillie du tragus, qui permet une vue large pour l'arthrotomie, la résection méniscale ou une amputation du condyle. La cicatrice est à peine visible.

Cette voie antérieure est supérieure à la voie postérieure par incision dissimulée derrière le pavillon de l'oreille et qui nécessite d'inciser le conduit auditif transversalement.

L'auteur présente des malades opérés par les deux voies pour des subluxations temporo-maxillaires récidivantes et douloureuses. Il explique le mécanisme de ces affections peu connues.

Les amarres du cerveau. Leur importance dans les traumatismes de la tête. — MM. P. Puech et J. Naudaschet exposent l'importance physio-pathologique des amarres du cerveau, dont la principale est constituée par le tronc cérébral, qui est une amarre particulièrement fragile. Les nerfs craniens et les vaisseaux du cerveau sont aussi des amarres importantes, Les veines sont des amarres fragiles et la simple traction sur elles peut déterminer des hémorragies miliaires si graves du tronc cérébral.

Les méninges, non seulement les cloisonnements duremériens, mais aussi les pinceaux arachnoïdiens, amarrent également le cerveau.

Ces amarres jouent un rôle important dans le mécanisme et la nature des lésions traumatiques, qu'il s'agisse d'une force agissant suivant une ligne droite ou courbe, c'est-à-dire du contrecoup classique et du décollement, ou bien du cisaillement par rotation.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 19 janvier 1947

Le signe de l'inégalité des bruits artériels dans la tachycardie paroxystique ventriculaire. — MM. C. Lian, J.-J Welti, F. Siguier et A. Sarrazin rappellent d'abord que dans les tachycardies paroxystiques ventriculaires les oreillettes continuent à battre régulièrement à 70 ou 80 pulsations par minute. Dans plusieurs observations les tracés (électrocardiogramme, phonocar-

diogramme, etc.) ont montré que les pulsations artérielles sont beaucoup plus amples chaque fois que le hasard fait qu'une systole ventriculaire est immédiatement précédée par une contraction auriculaire. C'est le signe de l'inégalité des pulsations artérielles décrit par Lian et Facquet.

Dans une nouvelle observation les auteurs montrent qu'en pareil cas l'inégalité des bruits artériels est un phénomène frappant. Au milieu de bruits artériels faibles on entend un bruit artériel fort à intervalles réguliers ou irréguliers. C'est le signe de l'inégalité des bruits artériels qui peut permettre à lui seul le diagnostic de tachycardie paroxystique ventriculaire, si on peut écarter, ce qui est facile, une influence respiratoire, ou l'existence d'un pouls alternant.

Cette inégalité des bruits artériels est un fait clinique beaucoup plus net que l'inégalité d'amplitude des pulsations artérielles (signe de Lian et Facquet) et que le renforcement intermittent du premier bruit (signe de Levine et Cossio).

La thyroïdectomie subtotale dans la légère ou moyenne insuffisance cardiaque chez des cardiaques valvulaires non hyperthyroïdiens. — MM. C. Lian, H. Welti et R. Périer rappellent les résultats dans l'insuffisance cardiaque et l'angine de poitrine, qu'ils ont obtenus avec la thyroïdectomie totale : environ un tiers de succès, un tiers sans influence nette de l'opération, un tiers avec incidents psychopatiques. Dans l'espoir d'éviter les ennuis de certaines thyroïdectomies totales et d'obtenir néanmoins des améliorations notables, les auteurs ont décidé de recourir à la thyroïdectomie subtotale. Ils rapportent les bons résultats observés dans les quatre cas où cette intervention a été pratiquée.

Il s'agit de jeunes sujets, d'un âge voisin de 30 ans, porteurs d'une cardiopathie valvulaire mitrale associée dans deux cas à une lésion aortique ; cardiopathie compliquée d'arythmie complète et d'une très grande dyspnée d'effort sans augmentation nette de volume du foie, sans œdèmes. Il n'y avait pas de signes nets d'hperthyroïdie, le métabolisme basal variant de + 1 à + 13 %.

L'intervention chirurgicale faite sous anesthésie locale fut très bien supportée. Les signes ultérieurs d'hypothyroïdie furent légers, légère frilosité, légère augmentation de poids, mais aucun retentissement psychique ou intellectuel. Par contre, dans tous les cas, très rapidement, apparut une amélioration considérable de la dyspnée d'effort. Deux de ces malades avaient dû abandonner toute activité sociale et ne quittaient plus leur appartement.

L'un, une femme, put ensuite s'occuper de son ménage, sortir pour aller aux provisions. L'autre, un jeune homme habitant au 6e étage, va maintenant travailler tous les après-midis.

Les deux autres pouvaient travailler, mais avaient les plus grandes difficultés à se déplacer en raison de leur intense dyspnée d'effort : l'un s'arrêtait tous les quinze mètres dans la rue, l'autre, tous les cent mètres. Ils ont pu après l'opération marcher un ou plusieurs kilomètres sans s'arrêter.

Comme évolution lointaine, la femme, après deux ans d'amélioration, a vu s'installer une grave insuffisance cardiaque qui l'a emportée. Un jeune homme vient de faire après six mois une poussée d'hyposystolie. Chez les deux autres l'amélioration persiste complète, depuis dix mois pour l'un, et plus de deux ans pour l'autre, depuis l'opération.

Au total, résultats d'un intérêt indiscutable, en particulier sur la dyspnée d'effort, à condition de limiter les indications aux légères ou moyennes insuffisances cardiaques, et de considérer l'asystolie comme une contre-indication.

Etude d'un cas de bloc de branche intermittent. — MM. M. Segers et H. Denolin. — Observation d'un bloc de branche du type commun, apparaissant et disparaissant sous l'influence de l'accélération et du ralentissement du rythme cardiaque. L'installation du bloc de branche entraîne un retard de 0,06 seconde de l'onde carotidienne ainsi que de la déflexion intrinsèque en CF5 et CF6 ; au niveau du cœur droit le moment d'apparition de la déflexion intrinsèque n'est, par contre, pas modifié par l'installation du bloc de branche. Ces données viennent donc confirmer la localisation gauche du bloc de branche du type commun.

Polype auriculaire silencieux. — MM. H. Thys (Liége) et J. Bescol-Liversac. — Les auteurs étudient spécialement la structure des formations fibrineuses et la répartition des hématies dans le tissu myxoïde. Ils aboutissent à une hypothèse sur le mécanisme histo-pathologique de la croissance de ce polype :

1° Dans les anfractuosités de surface, apport, par le sang circulant, de fibrine et d'hématies ;

2° Organisation conjonctive et métaplasie myxomateuse exubérantes d'ordre tumoral qui entraînent l'incorporation des éléments acquis à la périphérie ;

3° Remaniements secondaires : résorption macrophagique de la fibrine et des hématies avec apparition d'hémosidérine. Sclérose. Ruptures vasculaires avec formation de kystes hématiques.

Intoxication mortelle par la digitaline associée à du dial (suicide). — MM. R. Herr et H. Metzger (Strasbourg) rapportent l'observation d'une malade qui a avalé dans un but de suicide au moins 4 mgr. de digitaline et 10 comprimés de dial. Elle arrive au service dans un état comateux qui persiste jusqu'au décès. Malgré un traitement très énergique consistant en injections de cardiazol, de strychnine, de pressyl, de solucamphre à hautes doses injectées sous contrôle électrocardiographique, la malade décède vingt-sept heures et demie après son empoisonnement. Pendant son séjour à la clinique, on constate aux divers E. C. G. S. des aspects successifs de bloc simple, d'arythmie complète, de flutter, de bloc de 2 à 1, de stade agonique. Nous avons pu fixer sur le film le passage du bloc partiel à l'arythmie complète chose très rare. Nous discutons la part qui revient à la digitaline et la partie due au dial dans l'aspect de l'E. C. G. et dans l'évolution mortelle de notre cas.

Les malformations veineuses congénitales. — M. Servelle.

ANALYSES

Sur le mécanisme de l'oléolyse tuberculeuse. — J. Solomides. — *Comptes rendus des séances de la Société de biologie et de ses filiales.* Tome CXL, novembre 1946. Nos 21-22, p. 837.

Dans une précédente note (Comptes rendus de la Société de Biologie, 1946, T. CXL, p. 111), l'auteur a montré que l'huile de foie de morue introduite dans les cultures de B. tuberculeux sur pommes de terre au bouillon glycériné, a une action bactéricide vis-à-vis de ce germe, alors que son action oléolytique pour ce même microbe était très faible. Il a émis l'hypothèse qu'il est nécessaire que les bacilles soient vivants pour que l'oléolyse se produise dans toute son ampleur. Ceci est d'autant plus vrai que les cultures de bacilles tuberculeux sur pommes de terre au bouillon glycériné tuées par la chaleur ne subissent pas de lyse appréciable en présence d'huile. D'autre part la théorie fermentaire de l'oléolyse a été émise puis discutée.

M. Solomidès a entrepris des recherches pour mettre en évidence l'intervention possible de diastases dans la production de l'oléolyse tuberculeuse.

Le formol qui, comme la chaleur, détruit les diastases protoplasmiques en tuant les bacilles tuberculeux semble supprimer l'effet lysique qu'exerce l'huile de paraffine sur ces cultures. Par contre, l'éther sulfurique qui tue les cultures tuberculeuses sans supprimer les ferments protoplasmiques ne semblent pas inhiber le processus oléolytique normal. De même, les basses températures impropres à l'activité diastasiques, inhibent l'oléolyse tuberculeuse.

L'action lytique des huiles sur le B tuberculeux semble donc s'exercer par l'intermédiaire des diastases, très vraisemblablement de lipases, dont l'activité se trouve exaltée en présence de ces substances. Dans cet ordre d'idées, il est raisonnable d'admettre que l'action d'une huile qui tue rapidement le bacille tuberculeux sans en produire de lyse, porte sur les diastases de ce germe. Un premier exemple en est fourni par le distillat d'huile de foie de morue qui, ainsi que l'auteur l'a montré (*Soc. d'Et. scient. sur la Tub.*, 11 mai 1946, in *Rev. Tub.*) tue très rapidement les cultures tuberculeuses sur pomme de terre. L. G.

Sur le pouvoir bactéricide du distillat d'huile de foie de morue. — J. Solomides. — *C. R. des séances de la Société de biologie et de ses filiales.* Tome CXL, novembre 1946, nos 21-22, p. 838.

Dans une précédente note (Solomides, *Société d'Etudes scientifiques sur la tuberculose*, séance du 11 mai 1946, in *Rev. Tub.*) l'auteur a montré que le bacille tuberculeux en suspension dans le distillat d'huile de foie de morue ne peut pas survivre plus de 5 à 10 minutes. Plus récemment, il a titré le pouvoir bactériostatique des émulsions alcooliques de ce distillat vis-à-vis du même germe qui s'est montré sensible à des dilutions allant de 1,6000 à 1,10000. Dans ce nouveau travail, l'auteur a étudié l'action de ce distillat sur divers microbes non acido-résistants tels que le staphylocoque doré,le colibacille, le B. typhique, le B. de Shiga et le B. subtilis.

Voici ses conclusions : les microbes étudiés, à condition que leur culture soit suffisamment étalée en couche mince ou mise en fine suspension, très vraisemblablement pour que le distillat atteigne facilement tous les éléments constitutifs de la culture microbienne, ne semblent pouvoir rester vivants plus d'une minute au contact de cette huile. Il semble qu'il en soit de même pour les microorganismes de l'atmosphère, puisque le distillat exposé à l'air libre pendant dix minutes, ou même plus de trois jours, paraît rester entièrement stérile. L. G.

Déterminisme de l'ossification enchondrale. — P. LACROIX (de Louvain). — *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, 15 décembre 1945.

Une tige de cartilage hyalin prélevée chez un jeune lapin est greffée chez un autre lapin de même nichée de façon à transpercer le cartilage de conjugaison du tibia et avoir avec lui un contact intime. On voit alors le cartilage hyalin se transformer en structure et fonction et devenir semblable au cartilage de conjugaison par une sorte de contagion et sans remplacement. Ce phénomène d'induction assimilante semble impliquer un transfert de substances organisatrices.

Un extrait alcoolique de cartilage de conjugaison de lapin en injection intra-musculaire chez un animal de même espèce provoque la formation d'un ostéome où se voient tous les éléments de la croissance normale d'un os de cartilage avec même les particularités de structure propres à l'os périosté et à l'os juxta-médullaire.

R. L.

Contribution clinique documentée au traitement chirurgical de la fracture du col du fémur. — R. SOEUR (de Bruxelles). — *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, 15 décembre 1945.

L'examen des techniques et des statistiques opératoires et celui des radiographies permet de distinguer deux variétés dans les fractures intracapsulaires par adduction selon la disposition du trait de fracture. Dans les fractures « à bec proximal », malgré le volume du fragment céphalique, la réduction est difficile, la pseudarthrose est fréquente. Dans les fractures « à bec distal » l'enclouage amène toujours la consolidation.

La vascularisation précaire du fragment et la nécrose de la tête fémorale n'interviennent pas souvent, semble-t-il, dans la production de la pseudarthrose.

R. L.

Sur un procédé personnel d'enclouage des fractures du col fémoral. — E. VERCAUTEREN (de Gand). *Bull. Académie Royale de Médecine de Belgique*, 15 décembre 1945.

Grâce à une instrumentation nouvelle destinée à guider dans trois plans différents la broche conductrice, l'auteur a pu opérer un certain nombre de malades. 50 d'entre eux étaient pour la plupart âgés de plus de 60 ans. Les résultats ont été parfaits dans 28 % des cas, très bons dans 30 %. Dans 22 % il est resté une impotence notable ne permettant qu'une activité réduite ; il y a eu 8 % d'échecs et 12 % de morts.

R. L.

Considérations spéculatives sur les circonstances d'apparition de la poliomyélite. V. DE LAVERGNE (*Revue Médicale de Nancy*, 1er-15 janvier 1947.)

La poliomyélite frappe avec prédilection les sujets jeunes et bien musclés. Si l'on considère la grande diffusion du pouvoir neutralisateur du sérum, la grande fréquence du virus dans les selles du malade et de son entourage en temps d'épidémie et la grande fréquence aux mêmes époques des épisodes fébriles, courts, d'aspect faussement banal, on ne peut qu'en conclure à la majorité prépondérante des formes abortives ou larvées ; les formes paralytiques typiques ne formant plus que 2 % environ des cas de sujets hébergeant le germe.

D'une manière générale la poliomyélite vraie n'atteint que des sujets jeunes (1 à 25 ans) et surtout les garçons. Il y a prédilection pour les beaux sujets, pour les pays à niveau de vie élevé, pour les milieux sportifs, pour les milieux ruraux aux époques d'activité musculaire, pour les jeunes enfants en période de croissance musculaire.

L'hyperactivité musculaire a pour corrélatif obligé l'activité de la cellule nerveuse des cornes antérieures en relation avec la fibre ; on connaît par ailleurs les modifications histologiques qui correspondent à cette activité.

On peut donc supposer que ces cellules actives sont devenues une « zone fertile » (comme les cartilages pour le staphylocoque causant l'ostéomyélite, point d'appel et localisation préférée du virus.

R. L.

Le mécanisme de l'anémie du nouveau-né. — DE SOMER et VAN DEN BROUCKE (de Louvain). — *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, 15 décembre 1945.

Les faits antérieurement connus relativement au rôle joué par le facteur Rh dans l'érythroblastose ont été confirmés par l'expérimentation.

De rares cas d'érythroblastose peuvent s'observer dans des familles où la mère est Rh +. Il y a sans doute deux facteurs Rh et peut-être davantage, car il y a de légères différences entre le nombre des agglutinations globulaires par des sérums anti Rh d'origine humaine et celui des agglutinations par sérums d'origine macaque.

Il semble que l'influence du facteur Rh dans les familles nombreuses soit assez marquée pour diminuer la progéniture.

Pendant les grossesses homospécifiques, des iso anticorps peuvent passer de la mère au fœtus selon le taux du sérum maternel en iso agglutinines α et β.

Une faible quantité d'anticorps passée dans la circulation de l'enfant suffit pour amener la lyse globulaire et l'anémie.

Les essais sur l'animal montrent que la diminution des globules rouges survient à la suite de l'injection de sérums ou d'agglutinines végétales, ce qui permet de comprendre que les anticorps anti Rh qui sont avant tout des agglutinines peuvent agir sur le sang du fœtus et du nouveau-né et produire de l'anémie ou de l'ictère.

R. L.

La politique du lait. (*La Médecine infantile*, décembre 1946.)

En un court chapitre publié sans nom d'auteur sont résumées les diverses mesures prises en certains pays (Angleterre, U. S. A., Canada, Suisse, Belgique) pour obtenir en quantité un lait de qualité supérieure). Les mesures prises s'adressent au producteur qui reçoit une éducation préalable ; à son exploitation, élimination des animaux malades, état de propreté du matériel, pasteurisation ; à la manutention, récipients inviolables et non anonymes ; à l'émulation, primes à la qualité.

Les résultats prouvent que les mesures préconisées sont efficaces, pratiques et payantes.

R. L.

Les accidents oculaires de l'intoxication par l'alcool méthylique (à propos de cas récents). — F. P. CALHOON (U. S. Army), THOMAS, CORDIER et ROHR (*Revue Médicale de Nancy*, 1er-15 janvier 1947.)

A propos de seize cas d'intoxication méthylique avec accidents oculaires où les commémoratifs étaient précis et où, dans certains cas, l'alcool méthylique a été trouvé dans les urines, il a été noté la rapidité du début des accidents après l'absorption de l'alcool (2 heures parfois, 24 heures au maximum). La quantité ingérée, variable, était sans influence certaine sur le tableau clinique. 11 fois la cécité fut bilatérale et totale ; dans 7 de ces cas, il y eut shock grave avec acidose suivis rapidement de mort.

En cas de guérison, l'amélioration fonctionnelle commence après 2 à 4 jours ; la lumière puis les objets sont perçus à la périphérie du champ visuel ; le centre se dégage plus lentement et moins bien ; l'acuité visuelle se stabilise après 12 jours au plus tôt, parfois beaucoup plus tard. Le champ visuel est toujours très altéré avec scotomes centraux et cécité au rouge. La mobilité oculaire est peu touchée, l'accommodation l'est souvent. Au fond d'œil, congestion papillaire et rétinienne, parfois hémorragies ; ces lésions s'améliorent plus vite que les tiques fonctionnels. Même chez les guéris apparemment, le pronostic fonctionnel éloigné doit comporter des réserves.

Les accidents semblent causés par une atteinte du tonique portant directement sur les éléments rétiniens ; les signes ophtalmoscopiques et l'évolution de la maladie plaidaient en ce sens ; les constatations anatomopathologiques des auteurs confirment cette supposition.

R. L.


VITAMINE A
NATURELLE
des huiles de foie de poisson
FLÉTASE

INTERETS PROFESSIONNELS

Le problème de la Sécurité sociale

L'Ordre national des médecins nous communique l'exposé présenté le 19 décembre 1946 par M. Laroque, directeur général de la Sécurité sociale aux présidents et secrétaires généraux des Ordres représentatifs des architectes, avocats, dentistes, experts comptables et comptables agréés, médecins, pharmaciens, sages-femmes, vétérinaires.

Cet exposé était destiné à dissiper les inquiétudes produites dans bien des milieux par ce qui apparaît à beaucoup comme une menace lourde d'emprise fiscale.

Actuellement, lorsqu'un confrère ouvre son courrier, il y trouve quelques lettres d'amis (elles se raréfient avec le timbre à 4 fr. 50), quelques lettres d'ordre professionnel, mais aussi des réclamations des A. S., des caisses de compensation, etc., qui grossissent chaque fois. En définitive, il apparaît à chacun que le robinet d'entrée des ressources débite infiniment moins vite que le robinet des dépenses, en particulier des dépenses fiscales ; de là naît un malaise grandissant que les projets sociaux actuels ne tendent pas à diminuer.

Est-il utile de rappeler que les médecins comprennent, aussi bien que les autres contribuables, la nécessité de la solidarité sociale. Ils en donnent tous les jours des exemples, ils en ont toujours donné en prodiguant leurs soins gratuits à tant de pauvres gens. Personne ne saurait donc mettre en doute leurs sentiments d'humanité et de solidarité.

L'Ordre des médecins a donné, de son côté, un grand exemple en affectant la majeure partie des cotisations fort élevées de ses confrères aux œuvres de solidarité les plus urgentes, sans cependant avoir pu encore résoudre la grave question de l'assurance vieillesse.

C'est cette question de l'assurance vieillesse, appliquée à compter du 1er janvier 1947, à toute la population, qui a inquiété les professions libérales. Aussi M. le Directeur général de la Sécurité sociale a-t-il tenu à apporter des précisions. Il a rappelé que le but de l'organisation de la Sécurité sociale est de « donner à tous un sentiment permanent de sécurité. Quoi qu'il arrive, il faut que chacun dispose du minimum de ressources indispensable pour sa subsistance et pour assurer la subsistance des siens.

Il existait certes déjà en France des lois de sécurité sociale : celles des assurances sociales, des allocations familiales, des accidents du travail. Ces lois, exception faite pour les allocations familiales, ne concernaient que les salariés. La Sécurité sociale doit, au contraire, englober toute la population.

« La solution, dit M. Laroque, que nous avons adoptée, consiste à trouver dans la Sécurité sociale un minimum de base qui s'applique à tout le monde et à laisser la possibilité à chaque catégorie sociale de compléter le minimum de base par une organisation propre, adaptée à ses conditions particulières. »

M. le Directeur général de la Sécurité sociale a exposé alors les caractéristiques du régime de l'assurance vieillesse dont l'organisation apparaît à tous d'une urgence extrême. Le régime repose sur des cotisations demandées à tout le monde et des prestations données à tout le monde.

Nous nous abstenons de discuter les chiffres envisagés. Ils peuvent évidemment être sujets à variations et nous ne voulons pas compliquer la question en nous exposant nous-mêmes à des inexactitudes ou à des erreurs. Il appartient à l'Ordre des médecins et à nos organisations syndicales de donner leur avis autorisé à ce sujet.

En résumé, on peut considérer que le mécanisme adopté aboutit à donner des pensions modestes, puisqu'au départ on va donner l'allocation aux vieux, à tout le monde : c'est-à-dire en moyenne 15.000 francs. Même en mettant les choses au mieux, on ne donnera jamais plus de 60.000 francs. « Pour les professions que vous représentez, ajoute M. Laroque, ce ne sera qu'un minimum qui a besoin d'être complété. »

Dès lors, la création de caisses complémentaires, c'est-à-dire d'une contre-assurance, se trouve posée. Aussi ne faut-il pas s'étonner que, à l'issue de l'exposé de M. Laroque, divers assistants, présidents ou secrétaires généraux, aient cru devoir demander des explications au sujet de la création de caisses autonomes et de caisses complémentaires professionnelles. En réponse à d'autres questions, il a été affirmé que l'organisation de la Sécurité sociale éviterait tout caractère fiscal. Souhaitons-le.

L. G.

Chambre syndicale des médecins de la Seine

La question des automobiles des médecins

Dans une récente Conférence de presse, le Dr Rouèche, président de la Chambre syndicale des médecins de la Seine, a exposé l'état présent — et grave — du problème des attributions d'automobiles aux médecins. Il importe que l'opinion médicale sache, et aussi le grand public ignorant ou tendancieusement informé.

Il y a en France 32.000 médecins, dont 7.000 dans le seul département de la Seine, la plupart autochtones, un certain nombre réfugiés de villes sinistrées où ils ne peuvent, grâce aux lenteurs des services de reconstruction, se réinstaller (Caen, Beauvais). Le fait que les organismes syndicaux répartiteurs d'essence n'en distribuent, dans la Seine, qu'à 3.500 prouve que 2.000 médecins, soit le tiers environ, ne peuvent rouler.

Les demandes d'attribution affluent donc aux syndicats : Confrères pillés par l'occupation, dépouillés par les réquisitions, volés par des bandes noires ou simplement sinistrés. Les jeunes confrères ont besoin de voiture dès le début de leur carrière et n'en peuvent trouver.

La troupe des démunis ne cesse de grossir : les médecins qui avaient la chance d'avoir conservé une voiture d'avant-guerre — évidemment pas neuve — voient la chance les abandonner : les voitures sont définitivement hors d'usage.

Pour sortir de là, les organismes médicaux ont été comblés de promesses : voitures neuves, voitures des domaines, voitures des surplus américains, jeeps...

Les chiffres sont plus sincères et sont éloquents.

Voitures neuves ? Depuis le troisième trimestre de 1945 les médecins de toute la France en ont reçu 715, dont 63 pour la Seine. La générosité du début s'est même vite assagie, car en 1946, la France médicale entière s'est « réjouie » de 243 voitures seulement sur les 715. Les 2.000 dépourvus de la Seine ont dû « festoyer » avec 26 voitures !

La qualité de ces voitures neuves est habituellement sans rapport avec les besoins. Ils ont beau réclamer et exciper des promesses reçues, les médecins ont reçu des Simca-5 (151 en 1946) et on continue à les leur imposer. Les répartiteurs n'ignorent cependant plus que partout la Simca-5 est insuffisante pour le médecin et que dans certaines contrées elle est inutilisable.

Voitures des domaines ? Les formalités sont compliquées : le service des attributions commence à peine à fonctionner, il est vrai aussi que 12 voitures ont été dernièrement attribuées aux médecins et que sur ces 12, 5 n'existaient pas. Les autres étaient, en apparence, fort belles parfois : Opel, Buick, Rolls, Packard, trop pour la bourse d'un médecin.

Il convient de dire aussi que la plupart des voitures offertes sont en lamentable état : mines épuisées de pièces détachées.

Telles étaient les 185 voitures d'origine ministérielle proposées à la « convoitise » des médecins.

Pour tempérer l'imprudence qui a fait promettre aux médecins 20 % des réductions sur les parcs ministériels pléthoriques et malgré l'impossibilité de vérifier la sincérité des états fournis, certains départements ministériels ont conservé au fond de leurs encriers lesdits états. Il est encore de beaux jours pour le service personnel de certains fonctionnaires.

Bref, de tout cela, la Seine n'a rien reçu.

Les jeeps ? Peu appropriées, à Paris surtout, à l'exercice médical. D'ailleurs, il n'y en a qu'en province et on les a surtout réservées aux vétérinaires.

Surplus américains ? Quoi qu'on ait dit, ils n'ont pas de voitures.

C'est tout.

En présence d'une telle abondance, les médecins français, qui vont à pied, prendront connaissance, avec une satisfaction émue des effectifs avoués de quelques parcs ministériels ; si les divergences de doctrine entre ministres temporaires et la multiplication des consentements ministériels différents sont un frein efficace aux attributions médicales indispensables, ces

divergences et multiplications permettent de conserver aux ministères de la Métropole les parcs suivants :

D'abord les parents pauvres, les miteux : Agriculture, 150 voitures ;
Travaux publics, 105 voitures ;
Défense nationale, 100 voitures (heureusement pour elle, elle se fournit en Allemagne).

Parmi les parents pauvres, nous saluerons la Santé publique : 130 voitures pour tout le territoire.

Saluons, en compensation, les puissances :
Information, 185 voitures.
Finances, 185 voitures ;
Intérieur (police non comprise), 145 voitures ;
Affaires étrangères, 135 voitures ;
Constituante, 175 voitures ;
Présidence du gouvernement, 220 voitures ;
Production industrielle, 445 voitures.

Médecins mes frères, regardez passer les carrosses et brossez-vous si vous êtes éclaboussés.

Ne croyez pas non plus qu'indolence et incohérence administratives, si bien assises qu'elles soient, suffisent à expliquer cet état de choses. L'égoïsme et l'incurie, peut-être pas seuls, expliquent mieux encore.

Comme le disait en termes modérés le Dr Rouèche, les médecins sont mécontents !... R. L.

COURS

Ecole de puériculture

26, boulevard Brune, Paris (14e)
Directeur : M. le professeur Marcel Lelong

L'enseignement préparatoire au diplôme de puériculture de la Faculté de médecine de Paris commencera le lundi 14 avril 1947. Il est destiné aux docteurs en médecine et aux étudiants pourvus de 22 inscriptions. Tous les élèves doivent être immatriculés.

Il comprendra des cours théoriques, des stages cliniques et des stages de diététique. Droits 1.500 francs (moins 5 %).

Inscriptions du 1er mars au 22 mars au secrétariat de la Faculté.

Renseignements : Secrétariat de l'Ecole de puériculture, 26, boulevard Brune, Paris (14e).

CLINIQUE MEDICALE DE L'HOTEL-DIEU

Professeur : M. Henri Bénard

Conférences de Pneumologie

par MM. Bariety et G. Brouet, agrégés médecins des hôpitaux

Les conférences auront lieu le mercredi, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Trousseau.

5 mars 1947. — Dr Bariéty : Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.
12 mars. — Docteur Brouet : Dilatation des bronches.
19 mars. — Dr Brouet : Kystes aériens du poumon.
26 mars. — Docteur Brouet : Asthme.
16 avril. — Docteur Bariéty : Cancer broncho-pulmonaire (formes anatomo-cliniques).
23 avril. — Docteur Bariéty : Cancer pulmonaire (diagnostic et traitement).
30 avril. — Dr Bariéty : Les tumeurs intrathoraciques.
7 mai. — Docteur Brouet : Les abcès pulmonaires (formes anatomo-cliniques).
14 mai. — Docteur Brouet : Les abcès pulmonaires (diagnostic et traitement).
21 mai. — Docteur Bariéty : La silicose.
28 mai. — Docteur Brouet : Maladie de Hodgkin.
4 juin. — Docteur Bariéty : Les manifestations pulmonaires au cours des septicémies.

CHAIRE DE TECHNIQUE CHIRURGICALE

Professeur : M. P. Moulonguet

Travaux pratiques de médecine opératoire

Grand Amphithéâtre de l'Ecole Pratique de 15 heures à 16 heures

Programme

Lundi 17 février. 1947. — Cavité buccale et cou : Pr Moulonguet.
Mardi 18 février 1947. — Crâne et encéphale : Pr Duhamel.
Mercredi 19 février 1947. — Face et ses cavités : Pr Gougerot.
Jeudi 20 février 1947. — Cœur, gros vaisseaux, médiastin : Pr Boreau.
Vendredi 21 février 1947. — Région pleuro-pulmonaire : Pr Jouve.
Samedi 22 février 1947. — Articulations des membres : Pr Adam.
Lundi 24 février 1947. — Paroi abdominale. Diaphragme : Pr Loygue.
Mardi 25 février 1947. — Appareil génital de l'homme : Pr Michon.
Mercredi 26 février 1947. — Rein. Uretères : Pr Kuss.
Jeudi 27 février 1947. — Bassin et périnée féminin : Pr Debeyre.
Vendredi 28 février 1947. — Vaisseaux du membre inférieur : Pr Chatelin.
Samedi 1er mars 1947. — Vaisseaux du membre supérieur : Pr Vaysse.
Lundi 3 mars 1947. — Viscères abdominaux et péritoine : Pr Nardi.
Mardi 4 mars 1947. — Territoires nerveux du membre inférieur : Pr Torre.
Mercredi 5 mars 1947. — Territoire nerveux du membre supérieur : Pr Verne.
Jeudi 6 mars 1947. — La main : Pr Flabeau.
Vendredi 7 mars 1947. — Rachis, moelle Système sympathique : Pr agrégé Delmas.

Interrogation au laboratoire de technique chirurgicale à 16 heures :
Mardi, 4 mars 1947. — Séries A. B. C. D. E. F.
Mercredi 5 mars 1947. — Séries G. H. I. J. K. L.
Jeudi 6 mars 1947. — Séries M. N. O. P. Q. R.
Vendredi 7 mars 1947. — Séries S. T. U. V. W. X.

LIVRES NOUVEAUX

Ce que pense de la vie un vieux médecin, par le Dr Fernand Raoult. Un vol. in-8 : prix 55 fr. Les Editions Spes, 79, rue de Gentilly, Paris (13e).

Sachant tout le bien qui est en puissance dans le petit enfant et combien peu d'hommes le réalisent, combien de vies manquées, attristées par des fautes, le Dr Raoult est ému.

C'est sous l'influence de cette émotion, dans l'espoir d'éviter des souffrances, de contribuer à rendre plus nombreuses les vies belles, fécondes, heureuses, qu'il a écrit : « Ce que pense de la vie un vieux médecin. »

Instruit par ses méditations sur la vie, son étude de prédilection, il n'avance rien dans ce livre qui ne lui ait été appris ou confirmé par l'expérience, sa pénible expérience, l'expérience de ceux qu'il a vu vivre ou dont il a été le confident pendant ses quarante-trois ans de pratique de la médecine. Aussi son livre, riche en observations psychologiques, est-il illustré par des exemples vivants d'une grande opportunité, tout en étant substantiel dans sa concision. C'est un livre à lire et à méditer.

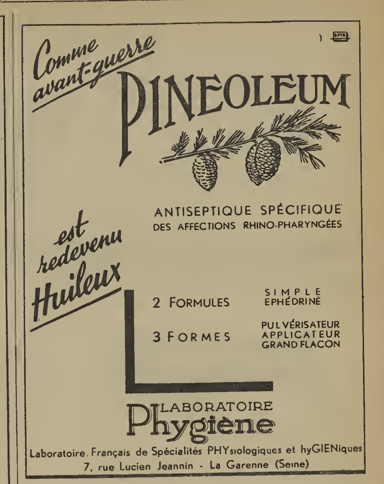
Confrontations radio - anatomo - cliniques publiées sous la direction de M. Chiray, R. A. Gutmann, J. Sénèque. Fascicule I. — Un volume de 56 pages, avec 98 figures. Masson et Cie, édit. Paris, 1947.

Cette nouvelle publication, dont paraît le premier fascicule, ne propose pas un classement systématique à la façon des atlas radiologiques. Les observations qui y sont réunies sont dues aux hasards de la clinique et représentent plutôt des cas, classiques ou atypiques, faciles ou trompeurs, tels qu'ils se sont présentés aux auteurs, tels qu'ils risquent de se présenter au praticien ou au spécialiste.

Le cas est brièvement décrit, tandis qu'une place importante est donnée aux radiographies qui ont permis de faire le diagnostic, ou qui ont mené à l'erreur, et éventuellement aux pièces correspondantes.

Ce premier fascicule, auquel ont collaboré des spécialistes ainsi que des médecins et chirurgiens des hôpitaux, comprend 30 confrontations de gastro-entérologie. Cette dernière spécialité sera sensiblement plus représentée que les autres, cependant, les numéros suivants rassembleront des documents concernant la pathologie osseuse, pulmonaire, rénale, etc.

La présentation matérielle de tels fascicules se devait d'être particulièrement soignée pour tirer le meilleur parti possible de l'iconographie. Les éditeurs sont donc revenus à une présentation qui a déjà été appréciée dans les années d'avant-guerre, celle des grands atlas de radiologie dont le public médical connaît la qualité.


Comme avant-guerre
PINEOLEUM
est redevenu Huileux
ANTISEPTIQUE SPÉCIFIQUE
DES AFFECTIONS RHINO-PHARYNGÉES
2 FORMULES
SIMPLE
EPHÉDRINÉ
3 FORMES
PULVÉRISATEUR
APPLICATEUR
GRAND FLACON
LABORATOIRE Phygiène
Laboratoire Français de Spécialités PHYsiologiques et hyGIENiques
7, rue Lucien Jeannin - La Garenne (Seine)

Dépôt légal. — 1947. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 9. — SAMEDI 1er MARS 1947 — 120e ANNEE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Étudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e). Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

En exécution des décrets relatifs à la baisse générale de 5 %,

Nos prix d'abonnement et de vente au numéro subissent une baisse de 5 % sur les tarifs en vigueur le 1er janvier 1947 :

Un an : France	356 fr.
au lieu de	375 fr.
Un an : étudiant	190 »
au lieu de	200 fr.
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de chirurgien des hôpitaux de Paris

(6e concours 1946, une place)

Le concours s'est terminé par la nomination de M. Pierre Lance.

[Nous sommes heureux du succès remporté par notre excellent collaborateur et ami le Dr Pierre Lance. Qu'il veuille bien, ainsi que son père, notre cher rédacteur en chef, trouver ici l'expression bien vive de nos affectueuses félicitations. — F. L. S.]

Concours de l'internat en médecine de 1946

Epreuves orales

Séance du mardi 18 février à 16 heures

Notes attribuées. — MM. Guillet, André, 11 ; Vallin, Jacques, 15 ; Lavat, Jean, 14 ; Vernant, Pierre, 17 ; Lernout, Henri, 10 ; Tardieu, Yvan, 11 ; Chartier, Michel, 18 ; Jeanbourquin, Pierre, 7 ; Hug, Jean, 15 ; Goudal, Henri, 22.

Questions sorties. — Signes, évolution et diagnostic de l'angine diphtérique commune non compliquée.

Diagnostic des métrorragies après la ménopause.

Séance du mardi 18 février à 20 heures

Notes attribuées. — MM. Raulline, Jacques, 10 ; Dufourmentel, Gérard, 19 ; Trouillard, Pierre, 18 ; Sanson, Michel, 15 ; Jagailloux, Serge, 20 ; Bitker, Michel, 19 ; Cendron, Jean, 17 ; Mensior, Jean, 18 ; Lebrun, Jacques, 12 ; Habib, Georges, 17.

Questions sorties. — Signes et évolution de la maladie de Basedow.

Signes et diagnostic du cancer du rectum.

Séance du mercredi 19 février à 16 heures

Notes attribuées. — MM. Chapuis, Gérard, 23 ; Daffos, Jacques, 17 ; Mlle Ranson, Brigitte, 15 ; Cornet, Pierre, 15 ; Pecker, Jean, 20 ; Dufourmentel, Philippe, 19 ; Cazes, Georges, 16 ; Lutier, François, 14 ; Goddé, Claude, 17 ; Gras, Henri, 19

Questions sorties : Signes, diagnostic et traitement de l'œdème aigu du poumon.

Signes et diagnostic des luxations récentes antéro-internes de l'épaule.

Séance du mercredi 19 février à 20 heures

Notes attribuées. — MM. Pimpaneau, Charles, 10 ; Hervé, Raoul, 12 ; Chabrol, Jean, 19 ; Goursolas, François, 12 ; Sabouraud, Olivier, 25 ; Laham, Edgar, 14 ; Redor, Maurice, 14 ; Arsac, Michel, 12 ; Cournot, Louis, 17 ; Bouchard, André, 13.

Questions posées : Signes et diagnostic de l'épilepsie bravais-jacksonienne.

Rétention aiguë d'urines (signes, diagnostic et traitement).

Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le Dr Fillioux, un concours doit être ouvert pour l'attribution de deux prix de même valeur à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé à la fin du concours.

Le concours s'ouvrira le 4 juillet 1947. Inscriptions à l'administration centrale (bureau du service de Santé), du 14 au 22 mai inclusivement.

Le mémoire prescrit, manuscrit et inédit, devra être déposé avant le jeudi 22 mai 1947, à 17 heures, dernier délai.

Hôpital de Courbevoie

La Commission administrative de l'hôpital de Courbevoie dément une annonce parue dans divers journaux professionnels et concernant l'ouverture d'un concours sur titres pour un poste de chirurgien-adjoint.

Aucun concours n'est actuellement ouvert à l'hôpital de Courbevoie.

FACULTE DE MEDECINE

Présentations. — Le Conseil de la Faculté a présenté pour la chaire d'anatomie : M. Olivier, en remplacement de M. Rouvière ; pour la clinique des maladies infectieuses : M. Mollaret, en remplacement de M. Lemierre ; pour la chaire de pathologie et thérapeutique générales : M. de Gennes, en remplacement de M. Baudoin.

Val-de-Grâce. Chaire d'hygiène. — M. le professeur Ferrabouc fera sa leçon inaugurale le lundi 3 mars 1947 à 17 h. 30, au grand amphithéâtre de l'Ecole d'application.

Légion d'Honneur. SANTÉ PUBLIQUE

OFFICIER. — M. Wickham, Yves-Louis, médecin adjoint du service de curiethérapie de l'Institut du concer à Paris. (Décret du 5 février 1947, J. O., 22 février 1947.)

(Rappelons que le Dr Wickham est mort il y a quelques jours, victime du devoir professionnel.)

TRAVAIL

Commission nationale d'homologation des tarifs. — M. le Dr Metzger, accoucheur des hôpitaux, a été nommé membre titulaire de la commission en remplacement de M. le professeur Le Lorier.

EDUCATION NATIONALE

Les titulaires du brevet supérieur pourront s'inscrire dans les facultés. — Le J. O. du 21 février 1947 publie le décret du 20 février 1947 dont voici le texte :

Article premier. — Les titulaires du brevet supérieur sont admis à s'inscrire dans toutes les facultés et écoles d'enseignement supérieur public en vue de l'obtention des grades et diplômes délivrés par ces établissements dans les conditions prévues pour les bacheliers de l'enseignement secondaire.

Art. 2. — Sont abrogée toutes dispositions contraires au présent décret.

Médaille du Dr Armand-Delille. — Les amis et élèves du Dr Armand-Delille, désireux de lui donner un témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, ont décidé de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur Ph. Kaeppelin.

Les souscriptions sont reçues par M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, 6e. (Compte C. P. 599, Paris.) Tout souscripteur d'une somme de 1.000 francs recevra une reproduction de la médaille.

Institut universitaire de kinesithérapie de Bordeaux

Diplôme d'études médicales supérieures de kinesithérapie

Les docteurs et les étudiants en médecine sont informés que le stage en vue de l'obtention de ce diplôme est fixé aux mois de mars, avril et mai 1947.

Les inscriptions sont faites au Secrétariat de la Faculté de médecine et de pharmacie, place de la Victoire, à Bordeaux, du 22 au 28 février 1947.

Pour tout renseignement, s'adresser à M. le professeur H.-L. Rocher, directeur de l'Institut, 91, rue Judaïque, à Bordeaux.

XVe Journée scientifique annuelle de la Société médicale d'Aix-les-Bains

Comme les années précédentes, la Société médicale organise avec le concours de la Ligue française contre le rhumatisme et la Société Savoyarde des Sciences médicales une journée scientifique qui aura lieu le 25 mai (Pentecôte) aux Nouveaux Thermes nationaux d'Aix-les-Bains.

Le rapport consacré au rhumatisme tuberculeux est confié au professeur Ravault, aux docteurs Turiaf et Graber-Duvernay. Pour tout renseignement, s'adresser au docteur Françon, 9, rue Lamartine, à Aix-les-Bains, ou au docteur Baumgartner, 3, place Carnot, à Aix-les-Bains.

Société d'Hydrologie et de Climatologie Médicales de Paris

Séance scientifique solennelle annuelle, sous la présidence de M. le professeur Guy-Laroche, professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris, lundi 3 mars 1947, à 16 heures précises, 12, rue de Seine (Académie de Chirurgie).

Endocrinologie et cures hydro-climatiques. — Liste des rapports :

P. Vendryes (Châtel-Guyon) : Endocrinologie, régulation physiologique et crénothérapie.

Kermorgant (Brides) : Obésité, maigreur et cures hydro-climatiques.

Valette (La Bourboule) : Troubles de la croissance et cures hydro-climatiques.

Bonnet (Vichy) : Action des eaux minérales sur les fonctions hépatiques.

R. Stieffel (Plombières) : Tube digestif et glandes endocrines.

J. Rouveix (Bourbon-Lancy) : Les dysfonctionnements endocriniens et les affections ostéo-articulaires. Leur traitement hydro-minéral.

Jean Cottet (Evian) : Rein et cures hydrominérales.

H. Flurin (Cauterets) : Voies respiratoires supérieures, glandes endocrines et cures hydro-minérales.

Claude (Le Mont-Dore) : Voies respiratoires inférieures, asthme, glandes endocrines et cures hydro-minérales.

COURS

LES JOURNEES MEDICALES ANNUELLES DE LA CLINIQUE PROPEDEUTIQUE DE BROUSSAIS

96 rue Didot, Paris (14e)

Deuxième année

Trois journées consacrées aux acquisitions médicales récentes

16, 17 et 18 mai 1947

Il devient de plus en plus difficile pour le médecin de se tenir au courant de l'ensemble des progrès accomplis dans chaque discipline médicale. Le temps manque souvent pour la lecture de tous les périodiques français et étrangers ; de plus, la lecture est souvent inférieure à la démonstration orale. C'est pourquoi le professeur Pasteur Vallery-Radot a décidé de créer les Journées Médicales Annuelles de Broussais. Le médecin, désireux de consacrer trois jours par an à la revue des nouveautés médicales de l'année, trouvera, en passant ces trois jours à Paris, à la Clinique médicale, Propédeutique de l'Hôpital Broussais, l'exposé aussi condensé que possible des acquisitions récentes. Chaque exposé sera fait par un spécialiste hautement qualifiée En outre, les conférenciers, ainsi qu'un secrétariat permanent, seront, pendant ces trois jours, à la disposition des médecins auditeurs pour répondre à toute question concernant un détail de technique ou de bibliographie ou un renseignement quelconque.

Le nombre d'inscriptions est strictement limité à 150 auditeurs.

Pour tous renseignements ou inscriptions, on est prié de s'adresser au professeur agrégé Jean Hamburger, 29, boulevard de Courcelles, Paris (8e).

Les droits d'inscription sont fixés à 2 000 francs. Les règlements peuvent être adressés au professeur agrégé Hamburger, soit par mandats à son nom, soit par chèques.

PROGRAMME

Première journée, 16 mai : 9 heures. Introduction. Progrès récents dans la science de l'hérédité : M. Jean Rostand.

9 h. 45. — La bronchoscopie moderne et ses applications thérapeutiques : Dr Lemoine.

10 h. 30. — Le diagnostic précoce du cancer du poumon : Prof. Etienne Bernard.

11 h. 15. — La pénicilline dans le traitement de suppurations pulmonaires : Prof. ag. Linquette (Lille).

14 h. 30. — Introduction à l'étude pratique de la défaillance respiratoire : Prof. Léon Binet.

14 h. 45. — Les aérosols en thérapeutique : Dr Domart.

15 h. — Les traitements modernes de l'asthme : Prof. ag. Mauric.

15 h. 45. — Les cardiopathies curables : Prof. ag. Lenègre.

Deuxième journée, 17 mai, 9 heures. — Le traitement chirurgical actuel de l'hypertension artérielle : Prof. Leriche.

9 h. 45. — Les états de déshydratation : Dr René Mach (Genève).

10 h. 30. — Les ictères épidémiques et les virus ictérigènes de rencontre : Dr Sallet.

11 h. 15. — Le facteur Rhésus : Dr Jean Bernard.

14 h. 30. — Le mécanisme de la coagulation du sang et les syndromes hémorragipares : Prof. ag. Hamburger.

15 h. 15. — Les crises thyroïdiennes : Dr Berger (Charleroi).

15 h. 45. — Les obésités et les maigreurs : Prof. Cornil (Marseille).

Troisième journée, 18 mai, 9 heures. — Le problème des états fébriles prolongés : Prof. Lemierre.

9 h. 45. — Les agents antibiotiques : dernières acquisitions sur les sulfamides. La pénicilline et les autres produits antimicrobiens extraits des champignons inférieurs : Prof. Mollaret.

10 h. 30. — Acquisitions récentes sur le virus de la grippe : Dr Pierre Lépine.

11 h. — Acquisitions récentes sur le botulisme. Notions modernes sur les polynévrites : Prof. Alajouanine.

14 h. 30. — L'œdème aigu du cerveau : Dr Milliez.

15 h. — La neurochirurgie en 1947 : Dr Puech.

15 h. 30. — Acquisitions nouvelles en psychiatrie : Prof. Jean Delay.

16 h. — Conclusion. Vue d'ensemble : Prof. Pasteur Vallery-Radot.

LES JOURNEES DES 19 ET 20 AVRIL 1947

Contribution des médecins hydrologues et climatologues aux progrès de la médecine préventive : examens de santé, prévention des maladies chroniques

Ces journées sont organisées sous la direction de M. P. Joannon, professeur d'hygiène et de médecine préventive à la Faculté de médecine de Paris, et de M. Justin Besançon, professeur d'hydrologie et de climatologie à la Faculté de médecine de Paris.

Secrétaires généraux : H. Paillard, professeur agrégé Ch. Debray, F. Françon.

Ces journées auront lieu au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris et comporteront 14 rapports et des discussions.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat, Laboratoire d'hygiène, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e). Téléph. Danton 55-36.

Centre national de transfusion sanguine et de recherches hématologiques. — Un cours, dont nous donnerons le programme la semaine prochaine, aura lieu, sous la direction du Dr Tzanck, du 4 au 29 mars, au Centre National, 53, boulevard Diderot. S'inscrire au Centre National, droit 200 francs.

Nécrologie

— Le Dr Pierre Madeuf, à Paris.

— Le médecin lieutenant de réserve Alain Joannès-Boyau, du régiment du Tchad, 2e DB, tombé à Hanoï pour la France.

— Le Dr Georges Demantké, ancien interne des hôpitaux de Paris (1892), médecin chef honoraire de l'hôpital de Dreux, décédé le 3 février à Dreux.

— Mme Maurice Letulle, veuve du professeur Letulle. Nous adressons à son fils, le Dr Raymond Letulle, l'expression de notre bien vive sympathie.

Avis

Nous prions nos lecteurs qui demandent des numéros anciens de bien vouloir nous accorder un délai de quelques semaines.

Les demandes, extrêmement nombreuses en ce moment, nécessitent des recherches souvent très longues, qu'il nous est impossible de faire rapidement.

Tous les numéros antérieurs à 1947, quel que soit le prix marqué, sont vendus uniformément au prix de 7 francs. Avec la baisse générale en cours, ce prix est abaissé à 6 francs nets, pris à nos bureaux.

LES ACTUALITÉS MÉDICALES PRATIQUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

La respiration artificielle et la pratique du poumon d'acier

Par M. Léon Binet

Membre de l'Institut, doyen de la Faculté de Médecine

D'une leçon consacrée aux méthodes modernes de réanimation, le conférencier a extrait cette partie concernant le traitement de l'asphyxie, renvoyant le lecteur à un numéro antérieur de la Gazette des Hôpitaux *dans lequel il avait exposé le traitement d'urgence de l'hémorragie et du choc* (1).

Dans la lutte qui doit être poursuivie sans cesse contre la mort, le traitement des *agonisants* a retenu longuement, ces dernières années, l'attention du monde biologique, du monde médical et du monde chirurgical.

La pratique des méthodes de réanimation a pris en thérapeutique la place qu'elle mérite. De nos jours, on sait que l'état de mort apparente n'est pas synonyme de l'état de mort définitive; volontiers, en d'autres pays, on oppose la mort clinique à la mort biologique ; nous ne discuterons pas ici d'un tel problème et nous rappellerons simplement qu'il est parfois difficile de discerner durant quelques instants, si le sujet est dans le monde des vivants ou s'il appartient déjà au royaume des morts. C'est dire la nécessité d'un traitement ou d'une attitude systématique, capable de succès.

L'observation de la guerre a montré que dans le domaine de l'hémorragie et du choc, le problème de la réanimation s'impose et des statistiques éloquentes ont été publiées.

Nous voudrions retenir simplement ici le problème de l'asphyxie et de son traitement par la *respiration artificielle manuelle et instrumentale*.

***

La pratique de la respiration artificielle est d'une importance capitale. Elle s'impose, comme chacun le sait, chez les noyés, les étranglés. Elle est parfaitement réalisée par le chirurgien, dans le traitement des syncopes respiratoires, au cours de l'anesthésie, Nous voudrions surtout souligner ici les résultats obtenus par la respiration artificielle chez les intoxiqués par l'oxyde de carbone (gaz d'éclairage), par les barbituriques; chez des malades atteints de fièvre trop élevée, fièvre dite hyperthermique qui inhibe le centre respiratoire ; enfin et surtout, nous mentionnerons les résultats obtenus par la méthode de respiration artificielle dans le botulisme grave (à la suite de consommation de conserves mal préparées), les paralysies diphtériques graves et les poliomyélites à forme respiratoire, autant de maladies au cours desquelles il faut savoir pratiquer à temps la respiration artificielle.

En un mot, chez un malade ou chez un blessé, lorsqu'on voit la respiration s'affaiblir, à plus forte raison lorsqu'elle s'arrête, bref lorsqu'il y a une *défaillance respiratoire*, pratiquer la respiration artificielle est un devoir pour le médecin et pour l'infirmière.

Nous ne voulons pas parler ici de la respiration artificielle d'après la méthode bien connue de Schäfer ou la méthode de Sylvester. Notre devoir est de soigner le malade sur son lit même et d'intervenir très rapidement. Or a-t-on suffisamment pensé aux difficultés que causent un berceau dont les barreaux sont gênants, un lit trop large dans une chambre trop exiguë ? A-t-on prévu un malade agonisant sur un brancard dans une ambulance qui se déplace ? Ne faut-il pas tenir compte de toutes ces données pour obtenir le meilleur résultat en pratiquant une *méthode très simple de respiration artificielle, la méthode par compressions thoraciques*.

Ces compressions rythmées peuvent se faire dans un minimum d'espace en *posant* les mains à la partie supérieure du thorax chez la femme, plus bas et latéralement chez l'homme ; la pression s'exercera par simple attitude de l'infirmière qui *tombe* sur ses mains et appuie ainsi sur le thorax, puis se redresse au temps d'inspiration. Cette méthode s'est montrée efficace ; elle est capable d'empêcher la mort ; elle a donné ses preuves et nous l'avons pratiquée bien souvent dans notre service. Elle n'est pas fatigante et peut être effectuée pendant des heures. Peut-on dire que, appliquée en des moments difficiles, elle est rassurante et nullement impressionnante pour l'entourage du malade.

Dans cette lutte contre l'asphyxie, il est bien évident que le médecin aura intérêt à faire inhaler de l'oxygène au patient. Nous proposons d'utiliser ainsi notre masque visière de l'hôpital Necker qui nous donne satisfaction. Pouvons-nous souligner qu'entre le tube à oxygène comprimé et le masque, nous interposons dans certains cas un nébuliseur, générateur de microbrouillards qui émet un aérosol thérapeutique ?

***

Mais il est nécessaire parfois que la respiration artificielle manuelle soit complétée par la *respiration artificielle instrumentale* et parmi les appareils qui ont été préconisés, nous retiendrons surtout le « Poumon d'acier », véritable thorax artificiel.

Imaginé en France par Woillez, médecin de l'hôpital de la Charité, il fut bien étudié par cet auteur qui fit construire, avant la fin du XIXe siècle, un modèle pour adultes et un modèle pour enfants. Les Américains dont on connaît la compétence technique en ont réalisé des modèles très perfectionnés.

Le sujet est placé dans un caisson d'où seule émerge la tête. Un dispositif aspirateur permet d'établir un vide de 16 à 20 centimètres d'eau dans l'enceinte du poumon d'acier. Cette dépression réalise un *effet de ventouse* qui dilate le thorax et cette dilatation appelle l'entrée de l'air dans le poumon (temps inspiratoire). La dépression cessant d'agir, le thorax reprend sa position de début (temps expiratoire). C'est donc là une respiration artificielle par un procédé normal, physiologique.

Je voudrais encore ajouter quelques observations personnelles concernant le poumon d'acier. Nous pensons qu'il doit être de dimensions relativement restreintes, portatif, solide. De la rapidité de sa mise en œuvre, dépend la vie du malade. Il exige un personnel averti, bien instruit et entraîné, faute de quoi, la partie peut être perdue.

Nous décrirons sommairement ici le poumon d'acier dit « portatif » que nous avons réalisé avec Mlle Bochet dans notre service de l'hôpital Necker et qui a fonctionné au cours de traitements d'urgence ou prolongés durant plusieurs mois.

Cet appareil comporte :

1° Une coque métallique composée de trois éléments séparables réunis entre eux par des clés de serrage : *a*) une embase dorsale solidaire d'une couchette de sangles disposée sur un brancard dont les poignées font saillie hors de l'appareil. Elle porte le diaphragme de caoutchouc-mousse qui s'adapte au cou du patient ; *b*) un élément tubulaire tronconique enferme la partie inférieure du corps du malade. A l'extrémité de la coque se trouve fixé un manomètre qui indique la valeur de la dépression obtenue dans l'appareil ; *c*) une plaque bombée recouvre le thorax et vient s'emboîter exactement sur l'embase ;

2° Le dispositif mécanique est constitué par un bloc-moteur ; il comprend un aspirateur électrique et un distributeur à cames réunis dans un même carter qui peut être porté par un homme ;

3° Un large tube étanche met en communication le dispositif aspirateur avec la coque du poumon d'acier.

Mode de fonctionnement. — L'aspirateur produit une dépression pneumatique à l'intérieur de la coque métallique ; le distributeur a pour but de faire cesser cette dépression par l'ouverture d'un large clapet et de la faire alterner avec la pression atmosphérique, à la cadence respiratoire.

Rythme respiratoire. — Trois cames dentées interchangeables permettent d'obtenir les cadences respiratoires de 18, 24 et 30 respirations par minute.

(1) Cf. Les sérums artificiels et la transfusion sanguine. La notion du sang dilué, par L. Binet. *Gaz. Hôp.*, n° 69-70, 30 octobre 1940, p. 637.
Défense et adaptation de l'organisme, par L. Binet. *Gaz. Hôp.*, n° 22, 15 novembre 1945, p. 369.

Dépression pneumatique. — On peut faire varier la dépression pneumatique en déterminant une fuite réglable sur la portion du tube d'aspiration enfermée dans le carter.

Réglages. — La respiration d'un malade traité en poumon d'acier varie dans sa fréquence et dans son amplitude sous l'effet des deux facteurs mécaniques réglables : le rythme de la machine et la dépression pneumatique qu'elle produit dans l'appareil.

Pour ce qui concerne le rythme respiratoire, la cadence devra être en rapport avec l'âge du sujet : par exemple 18 pour l'adulte, 24 pour l'enfant, 30 pour le tout petit. Mais comment un sujet dyspnéique, incomplètement paralysé va-t-il se comporter ? En général, il s'adapte au rythme de la machine car l'aération de son poumon fait disparaître la dyspnée.

Quant à la valeur de la dépression favorable au traitement d'une paralysie respiratoire, l'ordre de grandeur nous en est suggéré par le chiffre qui indique le vide pleural à son maximum ; ce chiffre doit généralement être dépassé en raison de la résistance thoracique. En pratique, une dépression de —16 à —20 centimètres d'eau peut répondre au traitement prolongé de l'adulte ; de —10 à —15 cm. à celui du jeune enfant avec un rythme approprié à l'âge, mais on devra tenir compte des réactions individuelles selon l'âge, le sexe, l'évolution de la paralysie, le tonus musculaire, afin d'éviter deux écueils opposés ; d'une part, la surventilation pulmonaire prolongée qui peut entraîner à la fois une dilatation des alvéoles et, avec une déperdition exagérée de CO_2, une chute marquée de la réserve alcaline ; d'autre part, l'atélectasie du poumon insuffisamment ventilé.

Le poumon d'acier, il faut le souligner, reste un appareil simple à la fois dans son principe et dans son mécanisme et le personnel soignant des hôpitaux *doit* être régulièrement entraîné à sa manipulation. C'est ainsi que nous avons organisé plusieurs séries de stages dans notre service de l'hôpital Necker, comportant des explications théoriques et des démonstrations pratiques.

En présence d'un développement de la poliomyélite de caractère épidémique qui s'est manifestée en France depuis quelques années, nous croyons devoir souligner d'une part l'utilité des appareils portatifs peu encombrants qui peuvent être rapidement transportés près des malades. D'autre part, devant les nombreux cas de paralysie respiratoire qui exigent un traitement prolongé durant des semaines et des mois, l'importance d'une installation à demeure, particulièrement confortable pour le malade et favorable aux divers soins qu'il faut lui prodiguer, ne nous a pas échappé. C'est ainsi que vient d'être réalisé, selon nos indications, un prototype d'appareil plus spacieux, disposé sur un chariot orientable et dont la couchette est pourvue d'un matelas alvéolaire fait de caoutchouc spongieux. Cet appareil est actionné par un moteur particulièrement robuste, muni d'un double système qui assure l'alternance de la dépression avec une très légère surpression.

Nous avons cru devoir conserver la disposition en élément séparable de la plaque bombée qui découvre le thorax à l'ouverture de l'appareil et permet d'exercer immédiatement les manœuvres de respiration manuelles selon la méthode que nous avons indiquée plus haut et qui permet de donner les soins au malade.

Si la cyanose persiste, il ne faut pas oublier que l'inhalation d'oxygène peut être d'un grand secours. Enfin, dans les cas de complications pulmonaires, la thérapeutique des microbrouillards désinfectants au moyen du nébuliseur placé sur le tube de débit d'oxygène, ne sera pas négligeable.

Quand un patient est installé dans un poumon d'acier, une méthode simple consiste à explorer ses réactions afin de se rendre compte de l'efficacité de l'appareil. Tout d'abord, il est facile de repérer à travers les hublots transparents, les déplacements du thorax en surveillant l'indication du manomètre. La disparition rapide de la cyanose des lèvres et du visage, le bien-être du malade dont la « soif d'air » disparaît avec l'angoisse qu'elle engendrait, sont des signes indubitables de l'efficacité du mécanisme.

On peut aussi utiliser le « test de la parole coupée » lorsque le malade est conscient. On lui demande de compter à haute voix ; dans la majorité des cas, la parole est gênée au temps inspiratoire dès que la dépression atteint —8 à —10 centimètres d'eau. Elle est supprimée en —18 et —20 centimètres d'eau.

En cas de panne du mécanisme, un dispositif à main permet de faire fonctionner l'appareil au rythme normal de la respiration.

Dans le traitement des paralysies respiratoires par le poumon d'acier, il ne faut pas s'attendre à un succès définitivement assuré ; il y a parfois des déceptions car un sujet peut mourir autrement que par arrêt respiratoire : pneumonie, œdème aigu du poumon, syncope cardiaque, par exemple, et bien souvent hélas, le pronostic est sévère d'emblée, mais il y a aussi des joies et un sujet peut recouvrer la santé après quelques jours, quelques semaines ou même plusieurs mois.

***

En pareil domaine, nous voudrions souligner que pour gagner la victoire, il faut vouloir vaincre : « Il ne s'agit pas de savoir, il faut vouloir, il ne s'agit pas seulement de comprendre, il faut appliquer. »

ACTUALITÉS PROFESSIONNELLES

Le Service National de Santé et les médecins anglais (1)

La loi sur le Service National de la Santé a été adoptée par le Parlement anglais après les protestations médicales que l'on sait. Ce triomphe de l'étatisme paraît une victoire aux lendemains médiocrement assurés ; l'opposition ne diminue ni ne recule.

Déjà le 18 janvier dernier le *British Medical Journal* avait publié un long article de M. Reginald T. Payne, membre du Royal College of Surgeons, article composé à l'occasion d'un meeting médical antérieur au vote. Se tenant entièrement sur le terrain des principes généraux de politique et d'histoire, cet article est aussi actuel et aussi sûr de sa force que si la loi n'avait pas été votée entre temps. Qu'il ait pu paraître après le vote montre de plus que pour les médecins anglais la loi adoptée n'a pas le moins du monde valeur de cause jugée.

L'encre de cet article « sent la poudre », si l'on peut nous permettre une métaphore hardie.

Une épigraphe de Milton rappelle d'abord que « c'est vraiment la liberté quand des hommes, nés libres, peuvent parler librement lorsqu'ils veulent informer le public... » suit une volée de bois vert administrée avec sérénité. Quant aux conclusions qui ramènent à l'application pratique, elles ne sont pas davantage annonciatrices d'accalmie :

...Le Service National supprime les responsabilités personnelles du malade et du médecin et lui substitue l'action coercitive — et même policière, certains faits le prouvent déjà — de l'Etat et de fonctionnaires « conservés en chambre froide » (cold storage), alors que la médecine est avant tout profession d'humanité ; ...l'ingérence fatale et inévitablement quotidienne d'une politique ignorante et de l'intolérance partisane ne tiennent compte que de préjugés à couleur politique, étrangers ou même opposés aux problèmes d'espèce à résoudre, etc...

Tout cela a déjà été dit, et fort bien, par les médecins britanniques, mais s'éclaire ici de comparaisons avec le XVIIe siècle britannique où d'aussi graves menaces pour la liberté individuelle furent écartées par la force.

Et dans les conclusions d'un article qui témoigne d'une haute culture générale quelques aphorismes valent d'être cités ; ils témoignent de tempérament et ont du pittoresque : « On ne doit pas vendre son droit d'aînesse pour une assiette de soupe... C'est payer trop cher la santé que de l'acheter de la liberté... Il ne faut pas confondre l'Etat et la communauté... » Lord Acton, qui est appelé en témoignage est plus dur encore : « L'autorité corrompt ; le pouvoir absolu corrompt entièrement . »

Rien de tout cela ne sent la défaite, ni la soumission, encore moins le découragement mais s'associe très logiquement au refus antérieur des médecins de concéder au ministre certaines bases de discussion.

***

Après d'autres passes d'armes dont on est évidemment mal informé loin d'Angleterre, voici que le *British Medical Journal* du 15 février annonce que s'appuyant sur le plébiscite médical, les

(1) Cf. *Gaz. Hôp.* 15 avril 1946 ; 1er juin 1946, p. 244 ; 15 septembre 1946, p. 392 ; 23 novembre 1946, p. 532 ; 4 janvier 1947, p. 6.

médecins vont reprendre avec le ministre les négociations, mais à la condition que sera pris en considération le point de vue de la *British Medical Association* et des principaux collèges médicaux et que la possibilité de modifier la loi présente ne sera pas exclue. Après ces entretiens sera ouvert un nouveau plébiscite médical.

Le ministre fait répondre aussitôt qu'il sera heureux de pouvoir aussitôt que possible reprendre les conversations en accord avec la résolution votée par le plébiscite médical.

Or les trois associations principales qui groupent la quasi-totalité des médecins, faisant table rase des divergences accessoires, réclamaient formellement la compréhension de leurs propres principes directeurs et la refonte de la loi dont un nouveau plébiscite médical apprécierait ensuite les dispositions éventuelles.

Les associations médicales d'Angleterre ont donc pris acte de ce premier pas du ministre vers la sagesse.

La campagne du *British Medical Journal*, est d'autant plus significative que la pénurie du charbon en Angleterre réduit, depuis le 15 février, notre grand confrère à une simple feuille *in quarto*. Saluons son courage.

Outre-Manche comme ailleurs l'union fait la force. *Initium sapientiæ, timor.. medici.*

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1947

Sur une méthode d'évaluation des propriétés antidotiques des filtrats de culture de germes antagonistes (Penicillium notatum, actinomyces griseus, B. subtilis, etc.). — Gaston RAMON et Remy RICHOU. — Cette méthode consiste à rechercher quel est le plus petit volume du filtrat, dont on désire connaître la valeur antidotique, qui amène en six heures à l'étuve 37°, la destruction totale d'une quantité de toxine staphylococcique correspondant à 100 doses hémolytiques, les globules rouges de lapin fraîchement recueillis servant d'indicateurs de cette destruction. La valeur est exprimée en unités antidotiques.

D'après les premières constatations effectuées grâce à cette méthode, la valeur antidotique n'est pas directement proportionnelle au titre antibiotique du même filtrat. Cependant, en général, les filtrats riches en principes antibiotiques renferment un nombre d'unités antidotiques relativement élevé. D'un autre côté, il apparaît que les filtrats les plus actifs à l'égard de la toxine staphylococcique sont également doués d'une grande activité vis-à-vis des autres toxines, de la toxine diphtérique par exemple.

La coexistence régulière dans les filtrats de microbes antagonistes, des progrès antibiotiques et antidotiques doit, une fois de plus, retenir l'attention et ce n'est pas là le moindre intérêt des recherches déjà entreprises et à poursuivre dans ce champ particulier de l'immense domaine de l'antagonisme microbien.

Election d'un membre libre en remplacement de M. Martin, décédé.

Etaient présentés en première ligne : M. Paul Lévy, en deuxième ligne : M. Piéron, en troisième ligne : M. Jacques Tréfouël, en quatrième ligne : M. J.-J. Trillat.

Au premier tour de scrutin, M. Piéron a obtenu 24 voix, M. Tréfouël, 22, M. Paul Lévy 14, M. Trillat 1.

Au second tour : M. Jacques TRÉFOUËL, directeur de l'Institut Pasteur, a été élu par 34 voix contre 23 à M. Piéron et 2 à M. Paul Lévy.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1947

M. le Président adresse les félicitations de l'Académie à M. J. TRÉFOUËL, élu membre de l'Institut.

Notice nécrologique sur M. Roussel. — M. MARTEL.

Nécessité de détruire les obstacles s'opposant à la cure sanatoriale des lupiques et tuberculeux cutanés. — M. GOUGEROT. — Il est à l'heure actuelle quasi impossible d'envoyer des lupiques ou des tuberculeux cutanés en cure climatique ou sanatoriale ; la méthode de Charpy, qui a fait cependant ses preuves, voit son activité diminuer lorsque ne s'y joint pas l'aide de la cure sanatoriale. Pour arriver à réaliser la cure climatique de ces malades, il est indispensable de transformer l'état d'esprit des médecins et surtout des administrateurs et aussi celui des malades de cure.

Discussion : MM. BEZANÇON, RIST.

A propos d'une anémie aiguë post-transfusionnelle rectifiée par un sang rhésus négatif. — MM. CHABROL, ANDRÉ, BLANCHON, BERGERON et FALLOT. — Observation d'une femme atteinte de maladie de Biermer chez qui une transfusion provoque le coma et une hémolyse massive. Le sang de cette malade étant rhésus négatif, une transfusion par donneur de même signe amena une véritable résurrection. On reconnut ensuite que les transfusions faites six ans auparavant n'avaient occasionné aucun incident, bien que faites avec des sangs rhésus positifs et avaient même agi favorablement sur la maladie de Biermer. Mais la malade avait été sensibilisée et les transfusions faites en 1946 avec des sangs rhésus positifs agirent comme injection de rappel, puis comme injection déchaînante.

En 1946, les globules rouges avaient une résistance diminuée, ce qui n'existait pas en 1940 ; l'hémolyse de 1946 paraît avoir occasionné un anasarque que les reins ne semblent pas avoir causé.

La lutte contre la tuberculose dans la marine. — M. LE CHUITON. — Dans la marine, pour des raisons diverses, la morbidité tuberculeuse de 1919 à 1938 a oscillé entre 4,9 et 5,9 pour 1.000. La lutte est actuellement entreprise dans les équipages dès l'incorporation et au cours du service en toute occasion ; il existe dans chaque port un centre de phtisiologie ; on pratique la vaccination par le B. C. G ; le service social de la marine surveille les malades et les familles ; il existe des colonies de vacances et des préventoria, des sanatoria de plaine et d'altitude.

A propos du dosage des vitamines. — M. CLÉMENT. — Beaucoup de changements ont eu lieu depuis 1928 et 1930 où l'on adoptait les méthodes biologiques de dosage et les unités internationales ; les connaissances physiques et chimiques en matière de vitamines se sont en effet complétées et leur synthèse a été réalisée.

Il persiste encore en matière d'unités employées une regrettable confusion ; de même en matière de dosages et particulièrement en ce qui concerne la vitamine A.

Il devient donc nécessaire d'uniformiser les diverses méthodes et aussi de faire justice en matière de nomenclature de tous les synonymes superflus.

Discussion : M. LESNÉ, Mme RANDOIN.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1947

Luxation du métatarse traitée par manœuvres orthopédiques. — M. J. BOTREAU-ROUSSEL. — Rapport de M. Küss sur cette observation concernant une luxation spatulaire dorsale externe que l'auteur a réduit par tractions sur les orteils au moyen de crins transfixiants. Excellent résultat.

Problèmes psycho-somatiques en chirurgie générale. — MM. J. GOSSET et MARTY ont remarqué la grande fréquence des réactions psychiques anormales chez les malades se présentant à une consultation de chirurgie générale. Les auteurs se sont efforcés de classer ces malades, chez lesquels il existe parfois une association psycho-somatique fortuite ; dans trois cas ils ont dépisté une tumeur cérébrale à son début ; certains malades relèvent uniquement de la psychiatrie ; enfin chez quelques sujets une psychose peut se développer accidentellement après un choc opératoire. Les auteurs, en conclusion, soulignent l'intérêt d'associer un psychiatre à tout service de chirurgie.

Danger de contamination interhumaine dans la mycothérapie en série. Contribution à la pathologie de la seringue. — MM. MOLLARET et REILLY apportent une observation incontestable de transmission par seringue d'une infection à bacille de Pfeiffer. En étudiant la cause de contamination, on s'aperçoit que c'est l'embout de la seringue qui reste chargé de germes malgré une stérilisation théorique par ébullition. Dans l'armée américaine on a observé également des cas de contagion interhumaine lors d'essais de vaccinations contre la fièvre jaune.

Les auteurs ont demandé aux ministres de la Santé et de l'Economie nationale un effort supplémentaire pour obtenir une seringue étiquetée et un flacon par malade ; il y aurait intérêt à avoir des flacons de pénicilline d'un dosage inférieur.

M. MERLE D'AUBIGNÉ est élu membre titulaire de l'Académie.

REUNION DES PHTISIOLOGUES DE LA REGION DU NORD

Séance de décembre 1946

De l'utilité et des limites de la bronchoscopie médicale dans un service de phtisiologie. — M. A. Breton (travail du service du professeur Gernez). — A propos de 557 bronchoscopies faites chez 385 sujets, l'auteur estime en particulier :

Que la bronchoscopie ne peut être pratiquée à la façon d'un examen systématique. 1 % d'incidents passagers dus à l'anesthésie locale (crises épileptiformes ou asthmatiformes) et 1 % d'accidents dont 0,4 de mortels vers le 21e jour, dus au passage du tube, ont été en effet observés.

Que la bronchoscopie diagnostic, aidée du bronchogramme et de la planigraphie :

A. Dans les hémoptysies *sine materia*, ne découvre pas aussi fréquemment l'origine bronchique du sang que ne l'avaient fait espérer les statistiques de M. Lecœur, de MM. Monier Kuhn, Ollagnier et Persillon.

Sur 42 cas :

35,7 % n'ont pas reçu d'explication ;

23,8 % ont eu comme point de départ une bronchectasie plus souvent localisée, sèche, que diffuse, humide ;

40,46 % relèvent d'une lésion superficielle bronchique (2,38 ulcérations, 4,70 télangiectasies, 9,5 taches vasculaires, 4,76 trachéobronchites diffuses, 19,09 bronchites segmentaires).

Les % observés se rapprochent de ceux de L. Jackson et Diamond, de Jacquino.

B. Chez les sujets bacillaires, montre :

Exceptionnellement, une tuberculose bronchique isolée primitive ;

Des lésions bronchiques spécifiques associées aux lésions parenchymateuses dans 30,70 %, motif d'aggravation pour le présent et l'avenir ;

Des lésions bronchiques non spécifiques dans 16,5 % aidant au diagnostic d'activité unilatéral.

Les lésions bronchiques, œdème et sténose, interviennent selon des proportions et des mécanismes qui sont décrits dans la pathogénie des cavernes inertes, soufflées, des fibrothorax chroniques et des atélectasies.

C. Chez les sujets non bacillaires, à radiologie anormale, distingue les abcès intragonaires, les néoplasmes infectés, les tumeurs endobronchiques, les suppurations et rapporte à leur origine exacte, par des prélèvements anatomobactériologiques répétés et étagés les images observées.

Que la bronchoscopie thérapeutique rend service surtout dans l'exérèse des tumeurs bénignes par le bistouri électrique sous optique et dans le traitement local des ulcérations ;

Que la bronchoscopie fonctionnelle, utilisant le bronchoscope différentiel qu'il a créé, un Bénédict enregistreur et un spiromètre, permet d'apprécier (50 cas) la valeur fonctionnelle de chaque poumon et d'éviter ainsi en chirurgie pulmonaire par l'abstention opératoire :

a) L'asphyxie aiguë post-opératoire ;

b) Les insuffisances chroniques post-opératoires qui font de certains opérés de véritables infirmes dyspnéiques au moindre effort.

Un an de bronchoscopie chez les tuberculeux. — M. R. Ducrocq a observé dans 60 à 70 % des cas soit un aspect normal de la muqueuse bronchique, soit des réactions inflammatoires banales (rougeur, œdème, hypersécrétion).

Dans les autres cas, les lésions bronchiques observées, spécifiquement bacillaires consistent en granulations, ulcérations simples, ulcéro-sténose.

Les attouchements à l'adrénaline et au nitrate d'argent ont modifié favorablement les lésions jeunes et peu étendues mais furent inopérants sur les ulcéro-sténoses marquées.

Dans les soufflages cavitaires il a observé une obstruction constante de la bronche intéressée par une sténose pariétale (œdème, ulcéro-sténose) complétée par la présence d'un épais bouchon muqueux. L'aspiration n'a donné que rarement une réduction de la caverne.

Tuberculose bronchique avec condensation rétractile lobaire. Diagnostic et traitement bronchoscopique. Guérison maintenue depuis un an. — M. H. D'Hour. — Jeune fille de 23 ans atteinte d'une tuberculose lobaire partielle supérieure droite (segment postérieur et axillaire). Le pneumothorax différé pour raison extra-médicale. Trois semaines plus tard, condensation rétractile de la totalité du lobe vérifiée par tomographies. Une bronchoscopie révèle une ulcération avec végétations à l'orifice lobaire supérieur droit (attouchement adrénaliné et aspiration bronchique). Sept jours après, disparition de la condensation. Vingt jours après, disparition des végétations et des ulcérations à la quatrième bronchoscopie. Disparition ultérieure des bacilles. Guérison maintenue un an après.

Aérosols et pneumopathies. — MM. Jean Minet et Bonduelle. — Etudiant plusieurs substances pharmacodynamiques dans la thérapeutique pulmonaire, les premiers travaux ont porté sur l'exploration fonctionnelle pulmonaire en vue de la détermination chez le pneumoconiotique du degré de cette insuffisance.

La broncho-constriction différentie la silicose état (pas de réaction) de la silicose maladie (quatre degrés de réaction) en démontrant le non-parallélisme des troubles fonctionnels et des images radiologiques.

La broncho-dilatation vérifie la réversibilité ou non de l'insuffisance ; on obtient ainsi des éléments pour l'établissement d'un barême d'indemnisation.

L'aleudrine en aérosols a soulagé de nombreux asthmatiques, des silicotiques et quelques tuberculeux pulmonaires ; les quelques échecs semblent dus à des réactions hypersécrétrices.

L'ichtyol diminue très sensiblement l'expectoration des cracheurs chroniques mais donne peu dans les épisodes aigus.

Les sulfamides apportent des résultats identiques à ceux obtenus dans la voie parentérale.

Les dosages de pénicilline dans les urines et les crachats prouvent le passage du médicament dès les premières minutes avec une concentration aussi forte que par la voie intramusculaire ou endo-bronchique.

Les inhalations courtes et multiples ont agi sur la température, l'expectoration et la fétidité dans les dilatations bronchiques.

Trois cas de pleurésies contro-latérales du pneumothorax. — M. A. Masure rapporte trois observations de pleurésies C. L. survenues au cours du pneumothorax. Les trois malades ont présenté des signes cliniques à peu près superposables. Point de côté violent, dyspnée marquée, fièvre élevée. Défervescence progressive en un mois à six semaines.

Le pronostic immédiat semble bénin. Pronostic éloigné plus réservé.

Au point de vue pathogénique, il semble que le plus souvent il faille invoquer le réveil de lésions latentes dans le poumon non collabé.

La transmission par voie lymphatique de plèvre à plèvre peut intervenir également.

L'auteur insiste sur l'importance du facteur terrain. Allure fluxionnaire à grand fracas de la pleurésie C. L., qui serait le témoin de la qualité hyperergique du terrain ; elle entrerait ainsi dans le cadre des foyers congestifs curables.

La vitesse de circulation du sang chez quelques tuberculeux. — MM. J. Desruelles et Lenfant. — Les auteurs étudient la vitesse de circulation du sang, au niveau de l'appareil respiratoire chez 41 tuberculeux pulmonaires indemnes en apparence de toute cardiopathie.

Le temps de circulation pulmonaire est mesuré par la différence entre les chiffres fournis par la méthode au Dycholium et ceux donnés par la méthode à l'éther.

Chez les sujets traités par pneumothorax gauche, le temps de passage à travers les poumons s'est trouvé notablement augmenté dans 4 cas sur 12.

Il n'est que très peu modifié chez ceux porteurs d'un pneumothorax droit.

Au cours de la tuberculose fibreuse, il a été trouvé fortement allongé quatre fois sur dix.

Cette diminution de la vitesse circulatoire pulmonaire semble due à plusieurs facteurs : déplacements dynamiques complexes du cœur, augmentation de la résistance à l'écoulement et aussi légère hypodynamie du myocarde.

A propos des formes tumorales de la silicose. — MM. Schaffner, Pecqueur et Lysinski présentent une série de radiographies de mineurs polonais présentant des silicoses à forme tumorale, sans présence de bacilles de Koch dans les crachats.

Cette étude leur a permis de constater une différence d'évolution suivant l'origine nodulaire ou micro-nodulaire du processus silicique.

Il semble que les formes micro-nodulaires permettent la formation précoce des tumeurs ; les formes nodulaires, au contraire, confluent pendant longtemps avant d'en arriver à la tumeur ; pendant toute cette période elles ont le temps de se tuberculiser et donnent alors des formes bâtardes dont le diagnostic est souvent complexe.

Hémoptysies graves et répétées traitées par pneumopéritoine. — MM. Schaffner et Pecqueur rapportent l'observation d'un malade à qui ils ont créé un pneumopéritoine d'urgence pour une hémoptysie grave. Celle-ci a cessé immédiatement après l'insufflation. Par la suite les lésions ne marquant pas de régression, le pneumopéritoine est abandonné et quelques jours après, une nouvelle hémoptysie survient. Le pneumopéritoine est repris et l'hémoptysie cesse immédiatement.

En marge de la phytothérapie

Deux fois du chou c'est la mort

Originaire de l'Europe et un des premiers légumes qui y furent cultivés pour l'alimentation des hommes, le chou doit à sa très ancienne histoire une popularité qui s'est traduite en proverbes et en locutions proverbiales sans nombre. Une de celles-ci, aujourd'hui oubliée par l'usage, le serait aussi des parémiologistes et des médecins, si elle n'avait été, pour les premiers, une occasion de discussions et de commentaires ; et si elle n'avait offert aux seconds un intérêt indirect : *Δίς κράμβη θάνατος bis crambe mors*, deux fois du chou c'est la mort.

Le chou est-il bien ici en cause ? Tout le monde l'a ainsi compris ; et ne contredit pas à cette unanimité le fait que Théophraste et les Athéniens appelaient ῥάφανος le chou, que les autres Grecs dénommaient κράμβη (1).

Kurt Sprengel (2) a soulevé un nouveau doute. « Je ne puis pas décider, écrit-il, si le chou auquel Pline prétend que Pythagore accordait des vertus particulières, est le même que le nôtre. » Cette incertitude tenait aux propriétés extraordinaires que les thérapeutistes de l'antiquité prêtaient au chou. Nos locutions proverbiales grecque et latine sont de nature à l'inspirer à un titre égal. En effet, si toutes deux sont claires dans une traduction mot à mot, elles sont obscures quant au sens suivant lequel un médecin doit les entendre, parce que le mot mort pris au sens propre est difficile à accepter.

Pourtant, il s'en est trouvé pour retenir le texte absolument nu. Ainsi F. Brémond (3), qui oppose Caton l'Ancien, disant que « les choux empêchent de mourir » à ceux des anciens écrivant que « les choux tuent ». A.-F. Aulagnier (4) et F.-A. Pouchet (5) voient de même dans le proverbe une preuve que les Grecs ne regardaient pas le chou comme un bon aliment et pensaient que son fréquent usage est malsain. Telles opinions ne manquaient pas d'ailleurs d' « autorités », car si le chou eut des partisans décidés, il a eu aussi ses détracteurs. Galien (6) le tenait pour un aliment peu salubre ; et Aristote (7) l'avait déclaré déjà pernicieux.

Faut-il en accuser sa digestibilité ? Il est peu de questions autant controversées ; car interviennent en cette affaire foule de détails, entre autres la variété du chou, les parties employées, la préparation culinaire, etc. Cette dernière surtout est d'importance ; et les diététistes d'autrefois ont fait, par exemple, grande différence entre un premier bouillon de chou et le légume cuit dans plusieurs eaux. Quelques-uns même ont incriminé le chou cuit deux fois (*brassica bis cocta*) ; et bien que ce fût aller contre l'opinion la plus générale, ils ont été suivis par certains commentateurs d'adages qui, embarrassés par le proverbe grec, ont cru l'éclairer en ajoutant au mot chou le qualificatif δίσεφθος.

En réalité, la digestibilité du chou ne le condamne pas. Si je connais bien des gens qui n'aiment pas ce légume, je n'ai pas souvenir d'en avoir rencontrés qui se plaignissent de le digérer avec peine. Mais, même sans cela, l'addition de nos parémiologistes est tout à fait gratuite ; elle n'ôte rien aux difficultés, si on garde au mot mort son sens propre. Ce n'est pas parce que, troublé sans doute par le proverbe, Mnésithée de Cyzique (8), recommandant le chou cuit deux fois contre la dysenterie, ajoute que « il ne faut pas en prendre beaucoup, de crainte que cela ne devienne fâcheux », qu'on peut en conclure que le chou est malsain.

Il fallait donc découvrir d'autres griefs, et on n'y a pas manqué. Plusieurs, parmi les anciens surtout, lui ont reproché d'hébéter la vue, de provoquer en excès la formation d'atrabile, d'émousser l'esprit et de troubler le sommeil. Geoffroy (9), qui prit à son compte ces deux derniers chefs d'accusation, rapproche précisément ces méfaits de la locution proverbiale grecque. Tout de même, pour en arriver à la mort de cette locution, il faut en venir à Rabelais, du moins au dire de ses commentateurs, Esmangart et Johannau (10).

Ceux-ci, interprétant à leur manière le chapitre 60 du Quart Livre de *Pantagruel*, y découvrent que « rien n'altère comme les choux cabus, soit à la moelle de bœuf pour les jours gras, ou confits dans de l'huile pour les jours maigres, témoin ce que dit ailleurs Rabelais que si les Gastrolâtres buvaient après avoir mangé ces mets, ou le diable les emportait, ou la mort les emportait à quatre pas de là ». Voilà nos choux mortels ; mais il y a à reprendre. Le chapitre 60 du Quart Livre énumère les aliments divers que les Gastrolâtres offraient à leur dieu Gaster ; et les choux au gras et au maigre figurent bien sur la liste ; mais ils n'y sont pas l'objet d'une attention particulière. De plus, si le diable intervient à propos des entrées de table, parmi lesquelles *caule emb'olif* a son rang, en revanche, la « mort à deux pas près » n'est menaçante qu'à l'occasion du premier service de poissons, auquel le chou est étranger ; enfin, tous deux, le diable et la mort sont à redouter, non pas si Gaster boit après avoir mangé, mais au contraire s'il ne boit pas, « à quoi les Gastrolâtres pourvoyaient très bien ».

Le passage témoigne que Rabelais a connu la locution proverbiale antique ; mais sa fantaisie n'a pas pris parti. Il faut donc, cette fois, rayer Rabelais de nos papiers ; et je n'aurais pas rappelé la petite place que tient le chou chez les Gastrolâtres, n'était la leçon que Esmangart et Johannau nous donnent de n'accepter les citations des auteurs que sous réserve de contrôle.

Il est une boutade de Plaute dans son *Pseudolus* (acte III, scène 2, vers 825 *sq.*) qu'on peut rappeler à plus juste titre. L'auteur comique met dans la bouche d'un cuisinier une protestation contre les plats vulgaires de la plupart des maîtres-queux. « Ils vous servent, dit-il, une prairie dans leurs ragoûts, comme s'ils avaient des bœufs à régaler. Ce sont des amas de fourrages, des herbes accommodées avec d'autres herbes... de l'oseille, des choux, de la poirée, des blettes... Leurs ragoûts sont des harpies qui rongent les entrailles des convives tout vivants. Et l'on s'étonne que la vie des hommes soit si courte, quand ils entassent dans leur estomac des herbages de cette espèce, qui font frémir ! » Boutade de fanfaron et critique d'un végétarisme populaire qui, si elles dénoncent une diminution de la longévité humaine, du moins ne menacent pas de la mort « à deux pas de là », et qui, en tout cas, n'en accusent pas les choux de façon privative.

Aussi bien, mon long plaidoyer ne se défendrait pas lui-même, s'il n'avait fourni quelques détails, rappelé certains souvenirs, qui ne sont pas tous sans intérêt. Pour la cause du chou, il n'était pas nécessaire, car le fait d'expérience est en sa faveur. Riches comme pauvres ont fait autrefois du chou leur aliment de tous les jours. On peut en manger à plusieurs repas qui se suivent sans inconvénient — que dis-je ? — avec avantage, s'il faut en croire non seulement le vieux Caton, mais le plus grand nombre des auteurs. Entre cent, une anecdote moderne témoigne des heureuses qualités du chou quotidien. Morgagni, dans son *De sedibus et causis morborum* (epist. 13), rapporte, en effet que pendant un grand nombre d'années, il se préserva et préserva les siens des fièvres catarrhales épidémiques qui régnaient tous les hivers à Padoue, en mangeant, tous les soirs, une salade de choux cuits. Quant au chou deux fois cuit, trois fois même, il a eu une place marquée dans la vieille thérapeutique : il l'a conservée dans l'art culinaire.

Il faut donc en venir à cette conclusion que dans les locutions proverbiales grecque et latine, la mort ne doit pas s'entendre au sens propre du mot, mais avec la signification figurée que nous donnons à ce mot dans des expressions telles qu'un discours mortel, un ennui mortel. On comprend, en effet, qu'un aliment toujours le même conduise plus ou moins vite à la satiété, finisse par inspirer du dégoût, et que, tout juste, le dicton soit passé, comme dit Suidas (11) en « proverbe de dégoût ». Il n'est pas nécessaire d'ajouter, comme le fait Erasme, que satiété et dégoût tiennent à la coutume grecque d'offrir dans les repas du chou recuit jusqu'à la nausée, ni d'ajouter arbitrairement, comme on l'a vu, « deux fois cuit » aux locutions grecque et latine.

L'addition n'était pas seulement inutile ; elle a entraîné certains éditeurs des *Adages d'Erasme* à ne plus seulement comprendre chou cuit deux fois, c'est-à-dire à deux eaux, mais encore chou *réchauffé plusieurs fois*, ce que les vieux gastronomes se fussent gardés de faire avec autant de soin que nos modernes paysans de Wallonie, qui ont cette expression populaire péjorative : *C'est comme dè l'jotte rischafféû, comme dè l'jotte sins sé* (c'est comme du chou réchauffé, du chou sans sel) (12). Addition pour addition, celle de Philippe Beroald (13) est meilleure : *brassica bis repetita in cœnam mors est*, avec le sens que le chou servi deux fois dans le même repas est odieux.

La signification des locutions antiques n'est donc plus douteuse ; elle est bien celle que Dieu (14) indiquait : « l'usage répété du chou devient, sinon insalubre, du moins fastidieux. » Les Anciens avaient essayé déjà d'éviter cette satiété et ce dégoût, soit en donnant au chou une appétissante couleur verte, suivant la méthode de Martial (épigr. 17 du livre XIII de ses *Epigrammes*) : « De peur que la pâleur de ces tendrons de choux ne te répugne, rends-les verts avec de l'eau nitrée », soit par la diversité des préparations culinaires (15), qui modifient la saveur du légume au gré des gourmets (16).

Le pire advint au chou de la part de ces derniers. Lorsque le luxe, en Grèce comme à Rome, eut fait disparaître la simplicité antique, les riches furent portés à dédaigner un légume, qui était à la base de l'alimentation du vulgaire. Une vieille anecdote le marque bien. On raconte que Diogène dans son tonneau, interpellant le courtisan Aristippe, lui dit : « Si tu savais manger des choux, tu ne ferais pas ta cour aux grands. » A quoi Aristippe

répondit : « Si tu savais faire ta cour aux grands, tu n'en serais pas réduit à manger des choux. »

Il en vint une recherche somptuaire des produits rares. « On est allé, écrit Lizzie B. Marshall (17), jusqu'à imaginer une différence entre les herbes, la richesse dédaignant un mets qui ne se vend qu'un as. Certains mêmes de ces produits restent inaccessibles au peuple des tribus. Il est des choux tellement engraissés que la table des pauvres ne peut les contenir. » C'est ainsi que la richesse, contre laquelle le peuple s'irrite, servit, au temps de Pline, aux progrès de l'horticulture.

S'il fallait une preuve nouvelle en faveur du sens que nous avons donné à la locution proverbiale grecque, nous la trouverions dans les vers 149-153, souvent cités, de la *Satire VII* de Juvénal : « Il ne te faut pas moins qu'une poitrine de fer, ô Vettius, pour enseigner l'art de la déclamation dans une classe nombreuse, où l'on s'exerce à prouver qu'un tyran mérite la mort. Ce qu'il vient de lire assis, il faut debout qu'il le relise mot pour mot et sur le même ton. Tel que du chou trop souvent répété, ce triste refrain rebute et tue les malheureux maîtres. » (*Occidit miseros crambe repetita magistros*).

Il y a, là, une vive satire des leçons de déclamation à Rome et des exercices d'école toujours les mêmes et répétés à satiété. Le chou qui la termine, est le rappel de notre locution proverbiale ; et ce rapprochement a été fait maintes fois depuis Politien.

A cela pourtant, certains ont contredit. Scopa, et, après lui, Ponticus Vitrunnus (ou Victruvius) (18) dans la préface de son *Histoire de Bretagne*, ont soutenu que *crambe* était une corruption de copiste pour *Cambre*. Cambre fut un bourg de Campanie, au pied du mont Gaurus, où on raconte que les Capouans furent massacrés par les habitants de Cumes. Fable ou histoire, ce désastre était un thème, que les rhéteurs donnaient sans cesse à développer à leurs élèves.

Encore que la défaite des Capouans n'ait point de rapport avec l'apologie du tyrannicide, la correction de Scopa est ingénieuse ; il est possible qu'elle soit juste ; le jeu de mots *crambe : Cambre* est amusant. Toutefois, la leçon courante paraît préférable, parce qu'elle repose sur un vieux proverbe alors familier. *Crambe repetita* est même, ici, une comparaison heureuse.

L'application que Juvénal a faite de la vieille locution grecque est, par surcroît, un bel exemple de l'extension figurée que prennent si souvent les proverbes. La parémiologie est riche de pareils enrichissements du sens de ses dictons. La « Sagesse des Nations » l'est aussi en contradictions ; et *bis crambe mors* dans son sens figuré a un contre-proverbe dans l'expression plus connue, où se retrouve déformée une pensée de l'*Art poétique* d'Horace (19) ; *bis repetita placent*.

Albert GARRIGUES.

---

(1) A Athènes, le « raphanos » des autres Grecs se nommait « raphanis ». *Cf.* Cl. SAUMAISE, *Exercitationes de homonymis hyles iatricæ*, in-folio, J. Vande Water, Trèves, 1689, chap. XXXI, p. 34. — H. F. LINK (*Le monde primitif et l'Antiquité expliqués par l'étude de la nature*, trad. franç. de Cl. Mullet, 2 vol. in-8°, Gide, Paris, 1837, t. II, p. 357) indique pour les Anciens, sans distinction de dialectes, une autre différence moins généralement admise. Pour lui, « raphanos » serait le chou vert, le « crambè » le chou frisé.

(2) Kurt SPRENGEL, *Histoire de la Médecine*, trad. franç. de J. L. Jourdan, 9 vol. in-8°, Béchet, Paris, 1820, t. I, p. 238.

(3) F. BRÉMOND, *Dictionnaire de la table*, in-8°, Ruat, Marseille, s. d., p. 79.

(4) A.-F. AULAGNIER, *Dictionnaire des aliments et des boissons*, in-8°, Cosson, Paris, 1839, p. 196.

(5) F.-A. POUCHET, *Traité élémentaire de botanique appliquée*, 2 vol. in-8°, Baillière, Paris, 1835, t. II, p. 513.

(6) GALIEN, *Des lieux affectés*, liv. III, chap. VII.

(7) ARISTOTE, *Histoire des Animaux*, liv. V, chap. XIX.

(8) Cité par ORIBASE, *Œuvres*, édit. Bussenmaker et Daremberg, in-8°, Imprim. Nationale, Paris, 1851-1876, liv. IV, § 4, t. I, p. 279.

(9) Cité par CHAUMETON, CHAMBERET et POIRET, *Flore médicale*, 6 vol. in-8°, Panckoucke, Paris, 1814-1818, t. III (1816) p. 26.

(10) ESMANOART et Eloi JOHANNAU, édit. des *Œuvres de Rabelais*, in-8°, Dalibon, Paris, 1823, t. V, p. 402, note 78.

(11) SUIDAS, cité par ERASME, *Adages*, in-fol. P. Aubert, Cologne, 1618, chil. I, cent. V, § 38, col. 198.

(12) J. DUFRECHEUX, *Recueil de comparaisons populaires wallonnes*, in-8°, Bulletin de la Société liégeoise de littérature wallonne, Liége, 1836, 2e série, t. IX, § 595, p. 165.

(13) Note au liv. IX de l'*Ane d'or* d'APULÉE, édit. des Œuvres d'Apulée, in-8°, A.-D. Harsy, Lyon, 1614, t. II, p. 948.

(14) S. DIEU, *Traité de matière médicale et de thérapeutique*, in-8°, Masson, Paris, 1853, t. IV, p. 56.

(15) *Cf.* Apicius CŒLIUS, *De re coquinaria*, édit. Schuch, in-8°, C. Winter, Heidelberg, 1874 ; et trad. franç. de B. GUEGAN, in-8°, R. Bonnel, Paris, s. d. (1933), liv. III, § 52.

(16) Sur ce point les goûts sont très variables. Ainsi, Henry Cormeau nous apprend que le plat national dans les *Terroirs Mauges* (2 vol. in-8°, Crès, Paris, 1912, t. I, p. 148) est la *chouée*, qui « se fait avec des têtes de choux, cuites dans l'eau salée. Cette eau est retirée après cuisson pour tremper la soupe. Les choux sont alors écrasés à la fourchette et mis en purée, puis salés à nouveau et beurrés copieusement. On se sert ordinairement de beurre en pot ayant un fort goût de rance. La chouée n'est complète qu'à cette condition. » On s'explique que H. Cormeau ajoute que « le mot chouée est plutôt employé dans un sens de dégoût. »

(17) Lizzie B. MARSHALL, *L'Horticulture antique et le poème de Columelle*, thèse de lettres de Paris, in-8°, Hachette, Paris, s. d. (1918), p. 90.

(18) Cités dans *Novo adagiorum ab Junio*, etc., en *Appendix* aux *Adages* d'ERASME, édition citée, colonne 1545, et dans *Proverbia Græcorum*, édit. A. Schott, in-4°, Plantin, Anvers, 1612, Suidas, cent. V, § 75, p. 407.

(19) HORACE, *Art poétique*, vers 365 : *Haec placuit semel, haec deciens repetita placebit.*

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

29 janvier. — Mme DELÈGUE LE GARREC. — Deux cas de méningocèle.
M. LEIBIVICI. — Contracture pariétale.
M. HOVNANIAN. — A propos d'un cas de maladie de Still.
M. LE CLERC. — Syndromes sérologiques dissociés.
M. KACHOUK. — Néphrites sulfamidées.
M. FINGERHUT. — Correctifs des barbituriques.

30 janvier. — M. NEPVEU. — Lésions oto-rhino-laryngologiques.
M. DAUMAIN. — Auscultation dans l'espace intercostal droit pour affections portiques.

12 février. — M. CLERMONT-PEZOUS. — Etude du sérodiagnostic.
M. SOURON. — Tumeurs bénignes de l'estomac.
M. LÉVY. — Péritonite abdominale supérieure.
M. PROTAT. — Traitement du tétanos par pénicilline.
Mme QUELIN-RIMETZ. — Méningite humaine.
M. PRITSCH. — Amnésie verbale chez un polyglotte.
M. DUHAMEL. — Anorexie complexe du jeune enfant.
M. GUERY. — Les néphrites saturnines aiguës.

13 février. — TOMATIS. — Obstructions nasales.
M. GRANGER. — Recherches du gonocoque.
M. FAJGENBAUM. — La stéréoradiogrammétrie.
M. PLANTÉ. — Etude des complications inflammatoires de la thoracotomie.
M. NAJDORF. — Action de l'ypérite.
M. ROMAN. — Chylothorax spontané.
M. FARAGGI. — Dermites cons. à appl. de poudre sulfamide.
M. GRANGER. — Recherches du gonocoque.
M. MANIGUET. — Sur un cas de réticulose.
M. DAVEAU. — Alcoolisme sucrier.

19 février. — Mme CONGE-KAUFFMANN. — Etude des sulfadiazines.
M. JOUAN. — Pronostic du cancer du sein opéré.
M. CABON. — Pneumopéritoine dans le traitement de la tuberculose.
M. DULITCHI. — Le chylopéritoine congénital.
M. CHECOURY. — Diagnostic de l'angine de poitrine d'effort.
M. DESMOT. — Traitement chirurgical des abcès du poumon.
M. GRUBER. — Deux cas d'encéphalite.
M. LAURAIN. — Causes de la sulfamido-résistance.
Mlle PERET. — Sections nerveuses à la main et doigt.
M. CHATAIN. — Essai de lever précoce après césarienne.

THESES VETERINAIRES

30 janvier. — M. PIOUX. — Congélation rapide de la viande désossée logée en caisses.
M. LAFON. — Les acarioses du serin.

13 février. — M. CARRAT. — Stérilité de la vache.

CHRONIQUE

Comité de l'Empire Français

La commission de médecine et d'hygiène coloniales du comité de l'Empire français s'est réunie le 18 février sous la présidence de M. le professeur Tanon, assisté de M. Gheebrandt, directeur des Affaires générales du C. E. F.

M. le médecin général inspecteur Vaucel, directeur du service de Santé au ministère de la France d'outremer, et vice-président de la commission, assistait à la séance. Il a pu, avec sa haute autorité, apporter d'utiles précisions à la commission.

Etaient présents : MM. le Dr Bouet, président de l'Académie des sciences coloniales, le médecin général inspecteur Lecomte, le médecin général de 1re classe Le Chulton, directeur du service central de santé de la Marine, MM. Monnerot-Dumaine, Girard, le médecin général Bouffard, les professeurs Lavier et Galliard, Guilhon (d'Alfort).

En étudiant la question de la RELÈVE DES MÉDECINS COLONIAUX, la commission n'a pu manquer de constater que cette question ne peut être traitée isolément. Elle est liée aux conditions actuelles de l'organisation de la médecine dans les pays d'outremer : équipement, exercice de la médecine libre, arrivée prochaine des médecins fonctionnaires issus de l'Ecole nationale de la Santé publique, situation des médecins indigènes.

L'avenir des médecins coloniaux est, enfin et d'abord, dominé par la question de la formation des médecins destinés à aller aux colonies.

C'est précisément la diversité des aspects de la question qui a donné un grand intérêt à la réunion de la commission.

Sur la question de la relève elle-même, il y a lieu de rectifier d'abord quelques légendes :

Première légende : Les médecins des T. C. ne seraient plus assez nombreux. C'est une erreur, à quarante près, le nombre des médecins des T. C. est le même qu'avant-guerre.

2e légende : beaucoup de médecins des T. C. demenderaient leur dégagement, c'est inexact.

3e légende ; On refuse parfois des médecins civils désireux de s'installer dans les pays d'outre-mer. C'est une exagération : on ne peut pas toujours donner satisfaction à un médecin spécialisé qui demande un emploi de sa spécialité dans un endroit déterminé.

Il y a aussi des réclamations contre les médecins des T. C. qui occuperaient tous les postes. On met des médecins des T. C. dans les endroits où personne ne veut aller.

***

A propos de l'ORGANISATION de la médecine aux colonies, il faut noter qu'elle présente depuis plusieurs années un aspect international. Qu'un accroc survienne quelque part, ce ne sont pas les gouvernements locaux qui sont attaqués, c'est la France. Le moment est donc venu d'envisager l'équipement sanitaire non plus aux dépens de la colonie qui a souvent peu de ressources, mais en l'imputant au budget de la métropole.

Parmi les questions qui se sont présentées au cours de la discussion, une des plus importantes a été celle des MÉDECINS INDIGÈNES. Le fonctionnement des écoles de Dakar et de Tananarive, le recrutement des médecins devenu plus difficile depuis qu'un simple commis, après de courtes études, gagne autant qu'un médecin après quatre ans d'études ; l'abus des avantages concédés à certains médecins indigènes et l'abus de l'octroi trop facile du diplôme d'université, avec les conséquences qui en découlent, ont retenu l'attention de la commission.

La question fera l'objet d'une étude approfondie.

***

C'est sur la FORMATION DES MÉDECINS destinés à aller aux colonies que s'est portée plus particulièrement l'attention de la commission. C'est là une question capitale.

Le général Vaucel pense, et c'est l'avis général, que pour avoir des médecins se destinant aux colonies, il faut les prendre dès le début de leurs études. Le meilleur moyen est d'avoir une école avec des bourses. Elle existe. C'est Bordeaux qu'il faut conserver pour la marine, les T. C. et la santé publique d'outremer.

D'autres jeunes médecins seraient disposés à partir, il faut qu'ils ne soient pas arrêtés par le maquis administratif.

Il apparaît nécessaire enfin que la France choisisse la ville de Faculté autorisée à délivrer des diplômes de médecine tropicale. Actuellement les efforts sont dispersés. C'est là une question bien délicate qui demandera une longue étude.

En résumé, la discussion a montré que le meilleur moyen d'attirer les jeunes gens est de les faire passer par l'Ecole de Bordeaux, le Centre de Marseille avec son Ecole d'application, enfin de leur permettre de compléter leur instruction dans les Facultés, à l'Institut Pasteur et à l'Ecole d'Alfort.

Sur la proposition du président Tanon, la commission a décidé de se réunir dans un mois.

F. L. S.

Leçon inaugurale de M. le Professeur Henri Desgrez

L'inauguration de la chaire de Radiologie médicale, avait attiré le 20 avril à la Faculté de médecine une affluence considérable désireuse d'assister à la première leçon de M. Henri Desgrez.

Les électro-radiologistes étaient venus en foule. Nombreux aussi étaient ceux qui conservent le souvenir du maître éminent que fut Alexandre Desgrez. Par leurs applaudissements ils ont témoigné à son fils leur sympathie et leur estime pour la dignité avec laquelle il porte un grand nom.

Dans l'hémicycle, autour de Mme Alexandre Desgrez et de Mme Léon Binet, nous avons noté, au hasard des entrées, la présence des deux doyens honoraires, MM. Baudouin et Balthazard, puis MM. les professeurs Hartmann, Rouvière, Laignel-Lavastine, Mme Delherm, seule, notre ami Delherm étant malheureusement souffrant, Mme Simone Laborde, MM. Maingot, Belot, Béclère fils, Mathey-Cornat (de Bordeaux), les professeurs Piedelièvre, Basset, Aubertin, Lavier, Tanon, Chabrol, Giroud, MM. Paul Funck-Brentano, Dariaux, Bourguignon, le médecin général Debenedetti, le Dr Glover...

Au milieu des applaudissements, le nouveau professeur fit son entrée, accompagné de M. le Recteur, de M. le doyen Binet et de la délégation en robe du corps professoral. Elle était composée de MM. Verne, Strohl, Champy, Gougerot, Polonowski, Donzelot, André Lemaire, Leroux, Hazard, Justin Besançon, Dognon, Brumpt, de Gennes, Djourno et P. Merklen.

En présentant le nouveau professeur, M. le Doyen ne manqua pas de rendre un hommage vibrant à la mémoire de son père, Alexandre Desgrez, grand savant qui honora la Faculté de médecine et auquel on doit les travaux qui permirent pendant l'autre guerre la protection contre les gaz de combat. M. le Doyen s'incline respectueusement devant Mme Alexandre Desgrez, puis rappelant les travaux du nouveau professeur, il se dit assuré de voir la nouvelle chaire, s'inspirant de la tradition laissée par Antoinin Béclère, devenir une chaire de radiologie pratique médico-chirurgicale.

Les premiers mots de M. le professeur Henri Desgrez furent des remerciements à M. le Doyen pour avoir évoqué le souvenir de son père ; à M. le doyen honoraire Baudouin, qui le nomma radiologiste des hôpitaux et qui, au dernier congrès d'électro-radiologie dont il fut le président, marqua tant d'intérêt aux électro-radiologistes.

M. H. Desgrez rappelle que dans son enfance, « alors que les enfants sages n'étaient pas autorisés à parler à table, ils écoutaient. » C'est ainsi qu'il entendit son père parler de la Faculté et qu'il apprit à l'admirer. L'exemple de son père, qui était au travail dès six heures du matin, lui donna le sens de l'étude ; les visites du dimanche matin au laboratoire de son père éveillèrent sa curiosité, et c'est ainsi qu'il apprit à aimer les sciences physiques, puis la médecine.

Un de ses premiers maîtres fut le professeur Rouvière, qui l'admit dans son laboratoire où l'étude de l'anatomie lui permit plus tard de trouver les meilleures incidences.

Il fut ensuite l'élève de M. Hartmann, de Legry, de Fernand Bezançon, de Macaigne. A la Pitié, ce fut Delherm qui l'accueillit dans son service et fut le maître inoubliable auquel il doit le meilleur de ce qu'il a appris. Puis au professeur Strohl dont il fut le disciple et à M. Ledoux-Lebard, il adresse un témoignage émouvant d'admiration et de reconnaissance.

S'adressant aux étudiants, M. H. Des-

grez leur parle du nouvel enseignement qui est créé à la Faculté de médecine. L'exploration radiologique, dit-il, ne fournit qu'un renseignement répondant aux questions du clinicien,. C'est un élément de diagnostic de première importance en pathologie osseuse, en pathologie articulaire, en pathologie nerveuse.

Dans un très élégant raccourci, le nouveau professeur fait un historique complet de la radiologie, depuis la découverte de Röntgen en 1895, jusqu'à la radiothérapie actuelle, jusqu'à la radiothérapie de contact.

Que de noms il est appelé à citer. Parmi eux, le plus grand est, assurément, celui d'Antoine Béclère, le père de la radiothérapie française.

Si la radioactivité a fait de merveilleux progrès depuis cinquante ans, elle a fait aussi d'innombrables victimes, depuis Bergonié jusqu'à Réchou. Le nouveau professeur s'incline devant leur mémoire.

En terminant, il montre que la chaire de radiologie médicale a besoin d'un service hospitalier, la base médicale est indispensable pour la radiologie médicale, l'exemple de Béclère est probant, un proche avenir nous montrera sans doute de nouveaux progrès dans ce sens.

En attendant, l'enseignement de la radiologie est en de bonnes mains et on peut faire confiance au nouveau maître.

F. L. S.

Inauguration de l'amphithéâtre Emile-Sergent à la clinique de l'hôpital Broussais

A l'hôpital Broussais où, quittant la vieille Charité vouée aux démolisseurs, le professeur E. Sergent a terminé sa carrière professorale, a été, le 19 février, solennellement dédié au maître disparu l'amphithéâtre où le premier il avait enseigné.

Le professeur Pasteur Vallery-Radot, son successeur, présent à la cérémonie, avait tenu à y associer aussi les élèves de son service, en témoignage de la reconnaissance des jeunes à une sollicitude illustre.

Mme E. Sergent était là, entourée de tous les siens et c'est dans une ambiance recueillie et familialement respectueuse que furent dévoilées les belles effigies, autrefois offertes au professeur Sergent, et dont le retour dans l'amphithéâtre où il avait enseigné prolongent pour ainsi dire sa présence.

Les élèves d'autrefois, maîtres d'aujourd'hui, fidèles au souvenir et à la reconnaissance, étaient en trop grand nombre pour pouvoir être mentionnés.

M. Levesque, directeur général de l'A. P. pour la carrière hospitalière, le doyen Léon Binet pour la vie professorale, au plus large sens du terme, rappelèrent les étapes qu'avait parcourues le professeur Sergent.

M. Ribadeau-Dumas retraça ensuite longuement et avec émotion les travaux du professeur Sergent, sa vie scientifique publique, sa vie scientifique quotidienne aussi — les « travaux et les jours » — où l'ardeur intellectuelle éprouvée et communiquée autour de lui ne put jamais faire négliger l'œuvre morale à laquelle il attachait une valeur au moins égale : former l'esprit et la conscience des futurs médecins selon les traditions éprouvées et efficaces. A toutes les époques de sa longue carrière, c'est à instruire les plus jeunes des étudiants que le professeur Sergent mit le plus de soins ; la création de la chaire de clinique propédeutique, dont il fut à l'unanimité choisi pour premier titulaire, ne fut que l'enregistrement officiel de ce que de lui-même il avait déjà créé. M. Ribadeau-Dumas sut aussi faire revivre par bien des traits la physionomie d'un maître inoubliable devant ses disciples d'autrefois.

A son tour, M. Pruvost remercia l'Administration au nom des élèves et des amis du professeur Sergent pour l'hommage rendu à la mémoire de celui qui, dès la Charité, s'était montré le digne successeur de Laënnec. A son tour, M. Pruvost mit l'accent sur la figure morale du Maître et sur l'exemple qu'il avait légué.

Le professeur Pasteur Vallery-Radot enfin, termina la cérémonie par l'évocation du professeur Sergent, tel que le voyaient « du dehors » ceux à qui n'avait pas été donné de l'approcher. Panégyrique très bref, mais d'une extraordinaire envolée, exprimé dans une langue classique d'une pureté dépouillée et d'une sonorité d'airain où s'unissaient avec une rare perfection la fidélité à une pensée élevée et une éloquence dont la simplicité et la grandeur touchaient à la poésie.

R. L.

LIVRES NOUVEAUX

L'Echinococcose secondaire, par Félix Dévé. 1 vol. 241 p., Masson, éditeur, Paris, 1946.

Les élèves du professeur Dévé (de Rouen), pour honorer l'admirable effort de leur Maître et pour rendre hommage à son prodigieux labeur, ont eu l'heureuse pensée d'éditer ce livre, qu'on pourrait appeler un livre jubilaire. Ne couronne-t-il pas dignement les quarante-cinq années d'études et les trois cent dix-huit publications inlassablement consacrées à ce même sujet, l'échinococcose.

Tous ces travaux ont fait de Dévé le grand spécialiste de la maladie hydatique, celui qui, en France et dans le monde entier, a non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue expérimental, scruté avec le plus de sagacité tous les problèmes qu'elle pose. Ce qu'il faut peut-être le plus admirer, c'est que, dans un pays comme le nôtre, où cette affection est plutôt rare, il se soit trouvé un savant qui se soit passionné toute sa vie pour cette étude, ait compulsé toutes les innombrables publications parues à l'étranger et en ait fait l'heureuse synthèse.

Fait digne de remarque, le livre que nous analysons aujourd'hui a le même titre que le travail princeps de l'auteur, sa thèse inaugurale soutenue à Paris en 1901. Mais il n'en est pas la simple amplification ; il le complète et le renouvelle.

Il envisage tous les cas dans lesquels la rupture d'un kyste hydatique fertile met en liberté des germes échinococciques qui vont coloniser ailleurs.

Cet ensemencement se fait surtout par suite de la rupture dans une séreuse (échinococcose secondaire du péritoine, la plus fréquente, de la plèvre, du péricarde), plus rarement par cheminement jusqu'à un parenchyme viscéral à travers un conduit muqueux (kystes pulmonaires, broncho-génétiques, kystes hépatiques angiocholégénétiques, kystes rénaux pyélogénétiques).

Une mention particulière doit être réservée aux kystes secondaires métastatiques par voie embolique, avec leurs deux modalités : embolies de scolex se déversant dans la circulation veineuse centripète et s'arrêtant sur le filtre pulmonaire, que l'embolie provienne du cœur, du foie ou de l'os iliaque, embolies partant généralement du cœur, se répandant dans la circulation artérielle générale centrifuge et aboutissant aux viscères, souvent à plusieurs, en général à l'encéphale.

On sait que les kystes hydatiques multiples du poumon, surtout s'ils ne dépassent pas le nombre de 3 ou 4 et s'ils sont associés à un foie hypertrophié et bossué, sont en général consécutifs à une échinococcose pulmonaire primitive à foyers multiples, plus rarement à une échinococcose secondaire.

Par contre les kystes hydatiques multiples du cerveau sont habituellement d'origine embolique. Ils sont dus à la rupture d'un kyste intracardiaque du ventricule gauche. Cette origine peut être exceptionnellement suspectée en raison des phénomènes cataclysmiques, les uns cardiaques, les autres cérébraux, accompagnant l'irruption dans les cavités cardiaques ou l'ensemencement brutal de l'encéphale. Pareil épisode, parfois éloigné, doit être systématiquement recherché dans l'anamnèse.

Ce livre, basé sur une critique très poussée de tous les faits connus, est écrit avec beaucoup de méthode et de clarté. Il est l'œuvre d'un provincial, qui, malgré les multiples occupations de son enseignement à l'Ecole de médecine de Rouen, n'a cessé de creuser toujours le même sillon et de faire fructifier une moisson abondante.

Ce qui ajoute encore à son intérêt, c'est de savoir qu'il fut rédigé pendant les deux premières années de cette guerre. Alors que bien d'autres se laissaient abattre par notre désastre, par l'occupation, par les bombardements, Dévé a érigé ce monument, qui fait honneur à la science française et qui aura un retentissant écho à l'étranger, en particulier dans les pays

sud-américains où la maladie est si répandue et qui nous restent si attachés : Dévé n'avait-il pas d'ailleurs été l'invité de ces universités et n'y avait-il pas été le meilleur ambassadeur de la pensée française ?

Fort heureusement, le manuscrit, abrité au loin, a pu échapper aux bombardement de Rouen, qui, en 1944, détruisirent le foyer de notre collègue.

L'œuvre du professeur Dévé doit être donnée en exemple à bien de nos jeunes élèves, qui se découragent un peu vite dans leurs recherches et qui passent trop rapidement d'un sujet à l'autre. Elle illustre au mieux l'antique adage : « Labor improbus omnia vincit ».

H. Roger (Marseille).

Les hommes fossiles. Eléments de paléontologie humaine, par Marcellin Boule, professeur au Muséum national d'histoire naturelle, directeur de l'Institut de paléontologie humaine. Troisième édition par M. Henri V. Vallois, directeur du Laboratoire d'anthropologie à l'Ecole pratique des Hautes Etudes, directeur de l'Institut de paléontologie humaine. Un vol. gd in-8° de 587 pages, avec 294 figures. Prix : 1.200 fr. Masson et Cie, éditeurs, à Paris, 1947.

La première édition de ce livre si remarquable à tous égards parut en 1921. Elle fut rapidement épuisée. Il en fut de même d'une deuxième édition (1923). La troisième édition, réclamée de toutes parts, se fit attendre. M. Marcellin Boule, absorbé par d'autres soucis, est mort dans le petit village du Cantal où il s'était retiré sans avoir pu terminer cette nouvelle édition.

Depuis 1923, la paléontologie humaine s'est considérablement enrichie. La géologie du quaternaire a donné lieu à des études importantes. La découverte, en 1925, de l' « Australopithecus Africanus » en Afrique du Sud, réalisait plus encore que le Pithécanthrope de Java, l'intermédiaire tant cherché entre les grands singes et l'homme (Dart).

De 1927 à 1931, Black, puis Pei et le P. Teilhard de Chardin font connaître le « Sinanthropus pekinensis ». Toutes ces découvertes jettent un jour nouveau sur l'apparition des premières Humanités.

Les découvertes faites en Europe, mais surtout hors d'Europe, ont montré les progrès sensationnels de la paléontologie humaine.

Malgré les importants changements apportés dans le livre de M. Boule, le plan reste celui des précédentes éditions. M. Boule avait pu revoir lui-même les huit premiers chapitres entre 1934 et 1939. M. Vallois a été seul à réviser les chapitres suivants. A l'exception du dernier chapitre dans lequel M. Boule a exposé ses conceptions fondamentales, faisant la synthèse de ce que la paléontologie nous apprend sur l'origine de l'homme.

L'œuvre magistrale de M. Boule a donc été pieusement continuée par M. Vallois. M. Masson a apporté à cette édition le souci de la belle présentation qui sont de tradition dans sa maison. F. L. S.

L'ostéosynthèse au clou, par R. Sœur, Chirurgien-adjoint des hôpitaux de Bruxelles. — Un volume de 132 pages avec 134 figures. Masson et Cie, édit. Paris, 1947.

L'auteur apporte une contribution personnelle à trois modes d'ostéosynthèse par enclouage intéressant les fractures diaphysaires ainsi que celles du fémur.

L'enclouage des fractures diaphysaires est une méthode récente qui consiste à placer dans la cavité médullaire des os longs une grosse barre d'acier inoxydable. Cette prothèse qui parcourt en principe la totalité de la diaphyse est introduite par voie extra-articulaire ; elle est enlevée après consolidation de la fracture.

Après des considérations générales (historique, instrumentation, mode de placement, soins consécutifs, déplacements possibles, objections, mérite), l'auteur envisage les différentes localisations : avant-bras, humérus, clavicule, tibia, fémur. Chaque fois la technique suivie est décrite en détails. Les résultats, bons ou mauvais, sont rapportés et après discussion, les indications opératoires, précisées.

Les fractures du col du fémur font l'objet du chapitre suivant. L'enclouage à la Smith Petersen, qui ne date que d'une quinzaine d'années est, à l'heure actuelle, devenue classique. Par l'étude des radiographies, par celle des spécimens d'autopsie, l'auteur est amené à distinguer deux formes de fractures intracapsulaires par adduction : l'une à bec proximal, l'autre à bec distal. A chacune répond un pronostic particulier. Cette classification nouvelle fait ainsi comprendre la raison de maints déboires.

De nombreux arguments cliniques et radiographiques appuient la thèse présentée.

Les fractures extracapsulaires de l'extrémité supérieure du fémur sont envisagées au troisième chapitre, abondamment illustré. Le traitement de ces fractures, qu'il s'agisse du repos, du plâtre ou de l'extension continue, comporte un grand nombre d'aléas.

L'auteur préconise un procédé chirurgical original et encore inédit : le clou à double crochet. La technique de l'intervention est clairement expliquée. Le procédé rencontre les objections faites aux méthodes antérieures, puisque les sujets opérés, le plus souvent des gens âgés, peuvent être assis précocement et marcher dès les premières semaines. Les observations relatées ont un recul suffisant pour permettre d'apprécier le progrès que cette conception nouvelle laisse entrevoir.

La tuberculose rénale sous l'angle de la thérapeutique, par Jean Cibert, Chirurgien des hôpitaux de Lyon, professeur de clinique urologique à la Faculté. — Un vol. de 536 pages avec 145 figures. Masson et Cie, édit. Paris, 1947.

La tuberculose rénale n'avait été étudiée que dans les chapitres spéciaux de certains traités ; pour se faire une idée complète de la question, il fallait consulter en outre d'innombrables monographies, communications, articles, rapports éparpillés dans la littérature. Premier travail d'ensemble, cet ouvrage rassemble tous les efforts qui ont été faits, tant en France qu'à l'étranger, sur une des affections les plus fréquentes en urologie. Il est d'autre part enrichi par les enseignements personnels d'une expérience clinique patiemment conduite. Comme le dit son titre, c'est d'un point de vue thérapeutique que l'auteur étudie la question ; aussi n'ont été retenues que les notions qui, de près ou de loin, se rapportent au traitement de la maladie.

L'ouvrage fait connaître les bases de la thérapeutique de la tuberculose rénale, les méthodes de traitement, leurs indications et leurs résultats.

Divisions de l'ouvrage : I. Bases de la thérapeutique de la tuberculose rénale. — Bases pathogéniques. Bases anatomiques. La bacillurie tuberculeuse. Stades initiaux de la tuberculose rénale. Les formes habituelles de la tuberculose ulcéro-caséeuse. La pyonéphrose tuberculeuse. Evolution anatomique des lésions rénales. Unilatéralité et bilatéralité des lésions. Les lésions rénales dans la tuberculose bilatérales. Lésions provoquées à distance par la tuberculose rénale. Bases cliniques. Identification bactériologique de la maladie. Détermination de l'unilatéralité ou de la bilatéralité des lésions tuberculeuses et de la valeur fonctionnelle des reins. Formes évolutives et cliniques de la tuberculose rénale.

II. Les méthodes de traitement et leurs résultats. — Traitement médical de la tuberculose rénale. Traitement chirurgical. La néphrectomie pour tuberculose. Opérations palliatives dans la tuberculose rénale.

III. Les indications thérapeutiques dans la tuberculose unilatérale. Contre-indications de la néphrectomie dans la tuberculose unilatérale. Indications thérapeutiques dans la tuberculose bilatérale. Indications thérapeutiques dans les troubles vésicaux qui persistent après la néphrectomie. Bilan.

Diagnostic électrocardiographique, par André Jouve, médecin des hôpitaux ; Jacques Senez et Jean Pierron, chefs de clinique à la Faculté de médecine de Marseille. —Un volume de 364 pages, avec 217 figures et graphiques. Masson, édit., Paris 1947.

Depuis quinze ans, des progrès importants ont été réalisés en électrocardiographie clinique. Mais en France tout au moins, ils ont fait l'objet de travaux réservés à des revues spécialisées, de telle sorte que le public médical n'en a re-

cueilli que des échos. Le but de cet ouvrage est de présenter, à l'usage des cliniciens, une mise au point où trouve place l'essentiel des acquisitions actuelles.

La première partie du traité s'adresse à la technique électrocardiographique, envisagée elle-même dans son essence, ses modalités et ses finesses, dans ses acquisitions depuis les plus anciennes et les plus classiques jusqu'aux plus récentes et aux plus inédites. Les auteurs s'attachent à établir avec minutie la morphologie d'un tracé normal et s'attardent longuement sur ces régions indécises et troublantes qui séparent le normal de l'anormal.

La deuxième partie représente l'essentiel, la substance même de l'ouvrage, celle pour laquelle il a été médité et écrit. On y trouve dans le plan et la classification des chapitres une originalité voulue, logique d'ailleurs, dans sa conformité aux lois impératives de la séméiologie qui veulent que le symptôme soit envisagé en lui-même, décrit, analysé et interprété en dehors de toute contingence et de toute préoccupation. Ce qui commande donc avant tout le groupement des anomalies électriques, c'est le segment du tracé sur lequel elles portent. Les anomalies électriques ont été isolées et classées d'après ces seuls éléments de l'aspect du tracé ; il a été fait tout d'abord abstraction, dans la mesure du possible, des interprétations qui en ont été données.

Ainsi l'essentiel de chaque paragraphe est constitué par l'étude des caractères graphiques et de leur moyen d'identification. Cette étude est suivie d'un rappel des notions d'étiologie et de pronostic nécessaires à l'utilisation clinique du diagnostic et d'une brève mention des données physio-pathologiques que requiert l'explication des anomalies observées.

Les nombreuses références bibliographiques qui sont données, montrent les auteurs singulièrement avertis, instruits, documentés. La très importante iconographie de l'ouvrage, la vaste érudition qui a présidé à son élaboration servie par une large érudition, en font un véritable Traité d'Electro-Cardiographie qui sera précieux à tous les cardiographes et, d'une façon plus générale, à tous les cliniciens.

Clinique et traitement des affections cardiaques et vasculaires, par D. Scherf, professeur au New-York Medical College. 2e édition française, mise à jour d'après l'édition anglaise de 1943, par De Preux, préface de I. Mahaim. Un volume de 364 pages, avec 10 figures. — Masson et Cie, éditeurs. Paris 1947.

Cette nouvelle édition française a été enrichie de tous les chapitres nouveaux et de tous les apports fragmentaires dont l'auteur a doté la récente édition de son œuvre en langue anglaise. Le chapitre des vices cardiaques congénitaux a été entièrement refondu, celui des anévrismes artériels est neuf. Les adjonctions sont très nombreuses.

S'adressant en principe aux étudiants, cet ouvrage vise à leur fournir l'essentiel de la cardiologie moderne. Il ne prétend pas remplacer les traités systématiques, mais il peut prétendre donner au médecin praticien une idée claire et vivante des progrès étonnants consommés depuis vingt à trente ans dans les conceptions de la physiologie de l'appareil circulatoire, avec leurs applications pharmacologiques.

Ce livre est rédigé sous une forme condensée, séparant avec soin ce qui est acquis de ce qui reste encore spéculatif.

Divisions de l'ouvrage : La dyspnée nocturne paroxystique. La dyspnée dans la stase pulmonaire. Les autres signes d'incompensation. Symptomatologie générale. Diagnostic des affections cardiaques. Vices valvulaires. Les vices cardiaques congénitaux. Les endocardites. Les péricardites. Les symphyses péricardiques. Les maladies du myocarde. L'angine de poitrine. Le cœur du myxœdémateux. Le cœur pulmonaire. L'hypertension. L'hypotension. Les névroses cardiaques. La syncope. Le syndrome d'Adams-Stokes. Le cœur et la grossesse. Les interventions chirurgicales chez les cardiaques. Troubles du rythme cardiaque. Les maladies de l'aorte. Les maladies des vaisseaux périphériques. Thérapeutique digitale, strophantus. Traitement de la dyspnée nocturne paroxystique. Traitements divers. Questions diététiques.

Les infiltrations du sympathique. Physiologie. Indications techniques, par Maurice Luzuy, associé national de l'Académie de Chirurgie. — Un volume de 200 pages avec 24 figures. Masson et Cie, édit. Paris, 1947.

Sous une forme claire et concise, ce livre apporte aux praticiens les éléments cliniques et physiologiques nécessaires pour réaliser les infiltrations du sympathique dont les indications se présentent tous les jours.

Dans la préface qu'il a faite à cet ouvrage, le professeur Leriche, qui a été l'initiateur de cette thérapeutique, écrit : « Le grand mérite du livre de Luzuy c'est « qu'il va d'emblée au cœur du problème. « Luzuy a compris qu'à la base d'une mé- « thode aussi générale se trouve la con- « ception nouvelle de la pathologie qui « fait jouer un rôle de premier plan au « déséquilibre local du système végétatif. »

Ce livre, en dressant un bilan, montre que la méthode sympathique a tenu ses promesses. En même temps qu'il aide à une meilleure compréhension de la pathologie en général, il est un guide averti pour les praticiens.

Divisions de l'ouvrage : Troubles consécutifs aux traumatismes. Traumatismes récents. Séquelles de traumatismes anciens. Cicatrices douloureuses. Algies diffusantes post-traumatiques. Douleur des moignons. Contracture ischémique. Troubles de la circulation. Troubles de la circulation artérielle. De la circulation veineuse. Troubles abdominaux fonctionnels et organo-fonctionnels. Pathologie digestive, urinaire. Gynécologie et obstétrique. Pathologie générale et endocrinologie. Affections de la tête et du cou. Pathologie cardiaque. Pathologie respiratoire. Techniques des infiltrations.

L'hyperfolliculinie. Etude clinique, anatomo-pathologique et thérapeutique, par Max Wallet, préface de L. de Gennes. Un volume de 354 pages avec 25 figures. Masson et Cie, éditeurs.

On s'est longtemps contenté, en matière d'endocrinologie gynécologique, de tout expliquer par la notion simpliste d'insuffisance ovarienne. Tant que l'on a essayé d'y remédier par d'inoffensifs extraits d'organes ingérés ou injectés, cette notion parut vraisemblable. Mais à partir du jour où la chimie des hormones mit entre nos mains des corps nouveaux, d'une redoutable efficacité, il fallut bien convenir qu'ils allaient souvent à l'encontre du but.

« On s'aperçut alors que beaucoup des troubles observés étaient liés non point au défaut, mais à l'excès de l'hormone folliculaire. De là naquit la notion d'hyperfolliculinie, qui prit, à son tour, un tel développement qu'elle parut expliquer non seulement les troubles gynécologiques, mais encore des troubles physiques ou psychiques très variés qui semblaient très éloignés de la fonction génitale. »

Dans cet ouvrage d'endocrinologie gynécologique, l'auteur analyse et met à leur juste place les facteurs d'hyperfolliculinie, explique l'origine des troubles observés et indique les seuls traitemnts actuellement efficaces.

Guide de l'étudiant en médecine comprenant les décrets 1934 et 1946. Plan et programme des études. Concours de l'Externat et de l'Internat. Questions sorties au cours des dernières années. Documentations diverses. Un vol. petit in-8° de 116 pages, prix 90 fr. Jean Bertrand, éditeur Paris, 1947.

Dans un petit volume d'un format commode, imprimé avec élégance et clarté, M Jean Bertrand vient d'éditer un guide qui sera fort utile aux étudiants, à leurs parents et aussi aux aînés dans la profession médicale, trop souvent perdus dans les textes successifs qui régissent ou triturent les conditions de l'enseignement médical.

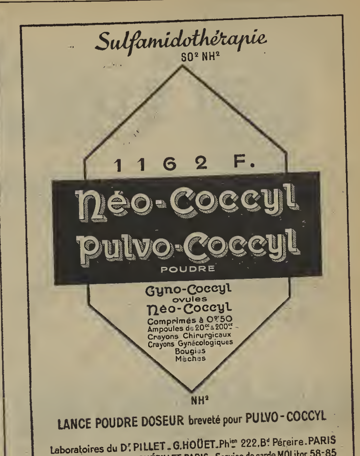
Après un historique nécessaire, le guide donne sur la Faculté, les grades qu'elle dispense et les conditions des études qui permettent d'y accéder, toutes les précisions désirables.

Depuis la publication du guide, un décret tout récent, il est du 20 février, admet au nombre des diplômes exigibles pour la première inscription le brevet supérieur au même titre que le baccalauréat, ou les doctorats d'Etat, des lettres, du droit, des sciences ou de titre d'agrégé de l'enseignement secondaire. N'insistons pas.

Le guide renferme sur l'enseignement théorique et clinique, sur les examens et les stages, sur les concours et leur préparation, une foule de renseignements bien classés, précis, qui éviteront aux étudiants bien des recherches et des erreurs.

Une partie très importante est consacrée aux questions posées aux différents concours. Il y a là un travail considérable qui assurera certainement le succès de l'excellent guide que nous devons à l'éditeur Jean Bertrand.

F. L. S.


Sulfamidothérapie
SO² NH²
1162 F.
Néo-Coccyl
Pulvo-Coccyl
POUDRE
Gyno-Coccyl
ovules
Néo-Coccyl
Comprimés à 0gr50
Ampoules de 20cc à 200cc
Crayons Chirurgicaux
Crayons Gynécologiques
Bougies
Mèches
NH²
LANCE POUDRE DOSEUR breveté pour PULVO-COCCYL
Laboratoires du Dr PILLET - G. HOÜET, Phien 222, Bd Péreire, PARIS
ETOile 40-15 - Télég. HOUÉPILLET-PARIS - Service de garde MOLitor 58-85

Dépôt légal. — 1947. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 10. — SAMEDI 8 MARS 1947 — 120e ANNEE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 146, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr FRANÇOIS LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr MARCEL LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France.............. au lieu de ....375 fr.	356 fr.
Un an : étudiant.............. au lieu de..............200 fr.	190 »
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours spécial pour la nomination à des places d'interne en médecine des hôpitaux de Paris

Ce concours sera exclusivem[illegible] réservé aux externes des hôpitaux de [illegible]is qui remplissaient les conditions po[illegible] présenter au concours spécial d'int[illegible] de liquidation du 13 mars 1946, mais qui [illegible]nt pu concourir, par suite de circonstances de force majeure qu'il leur a[illegible]tiendra de prouver et qui seront soumis[illegible] [illegible]ur appréciation à une commission de [illegible]rification.

Ouverture du concours le mercredi 7 mai 1947. Inscription du 19 au 31 mars 1947 inclusivement, à l'Administration centrale (bureau du Service de Santé), 3, avenue Victoria.

Concours spécial pour la nomination à des places d'externes en médecine des hôpitaux de Paris

Ce concours sera exclusivement réservé aux étudiants qui remplissaient les conditions pour se présenter au concours spécial d'externat de liquidation du 20 mars 1946, mais qui n'ont pu concourir par suite de circonstances de force majeure qu'il leur appartiendra de prouver et qui seront soumises pour appréciation à une commission de vérification.

Ouverture du concours le mercredi 23 avril 1947. Inscription du 7 mars au 19 mars inclusivement à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Concours pour une place de chirurgien des hôpitaux (1947)

Jury : MM. les docteurs Bergeret, Ménégaux, Petit-Dutaillis, Deniker, Gueullette, Sauvé, Fèvre, Toupet, Welti, Maurer, chirurgiens ; Bénard, René, médecin.

Concours pour une place d'assistant d'ophtalmologie des hôpitaux (1947)

Jury : MM. les docteurs Hartmann, Dollfus, Monbrun, Magitot, Cantonnet, Bollack, Parfoury, ophtalmologistes ; Rachet, médecin ; Redon, chirurgien.

Concours pour deux places d'assistant O.-R.-L. des hôpitaux (1947)

Jury : MM. les docteurs Bouchet, Huet, Maduro, Aubry, Lemariez, Aubin, Leroux, O.-R.-L. ; Bourgeois, médecin ; Mouchet, chirurgien.

Concours d'attachés d'électro-radiologie des hôpitaux (1947)

Jury : MM. les docteurs Mallet, Aimé, Mlle Marquis, Thibouneau, Detré, Lepennetier, Joly, E.-R.

Concours de l'internat d'Hendaye Deux places

Jury : MM. les docteurs Grossiord, Debray, Charles, médecins ; Rudler, chirurgien.

Concours pour les prix à décerner à MM. les internes en pharmacie des hôpitaux de Paris

Année 1947

Ce concours aura lieu le jeudi 3 juillet à la salle du conseil de surveillance de l'Administration, 3, avenue Victoria. Inscription du 2 juin au 11 juin inclusivement à l'Administration centrale (bureau du Service de Santé), 3, avenue Victoria.

HOPITAUX DU LOIRET

Un concours en vue du recrutement de chirurgiens et de médecins destinés aux hôpitaux du Loiret aura lieu à l'hôpital-hospice d'Orléans, le mardi 27 mai 1947.

Les postes à pourvoir sont les suivants :

Hôpital-hospice de Beaune-la-Rolande (75 lits). — Un poste de docteur en médecine (concours sur titres) ; un poste de chirurgien chef (concours sur titres ; un poste de chirurgien adjoint (concours sur titres).

Hôpital-hospice de Lorris (32 lits). — Un poste de chirurgien adjoint (concours sur sur titres).

Hôpital-hospice de Montargis (432 lits). — Un poste de chirurgien adjoint (concours sur épreuves) ; un poste de médecin adjoint (concours sur épreuves).

Hôpital-hospice de Pithiviers (174 lits). — Un poste de docteur en médecine (concours sur titres) ; un poste de chirurgien (concours sur titres).

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser à M. le Directeur départemental de la Santé, 26, boulevard Alexandre-Martin, à Orléans.

Légion d'honneur

SANTÉ PUBLIQUE

CHEVALIER. — M. le Dr Gabelle, pharmacien au Mans.

TRAVAIL

Inspection médicale du travail. — Le J. O. du 26 février publie un arrêté du 20 février 1947 portant fixation des vacations allouées au personnel médical chargé de l'inspection médicale du travail et des examens systématiques de main-d'œuvre et de l'inspection des services médicaux d'entreprise.

EDUCATION NATIONALE

Hygiène scolaire et universitaire. — Par arrêté du 15 février, M. le Dr Dubas est chargé, dans la 1re classe des médecins inspecteurs régionaux, de l'hygiène scolaire et universitaire, à compter du 1er mai 1947.

Un poste de médecin examinateur scolaire à temps plein est actuellement vacant à Sézanne (Marne).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Duverdier, médecin délégué dé-

partemental de l'Hygiène scolaire et universitaire pour le département de la Marne, inspection académique à Châlons-sur-Marne, à qui les candidatures devront être transmises avant le 25 mars 1947, délai de rigueur.

SANTE PUBLIQUE

Laboratoires d'analyses médicales. — Le J. O. du 26 février publie l'arrêté du 24 février 1947 fixant le matériel minimum pour le fonctionnement des laboratoires d'analyses médicales.

Commission des maladies vénériennes. — M. le Dr Debray, membre de droit du Conseil permanent d'hygiène sociale, en qualité de représentant du Conseil national de l'Ordre des médecins, est affecté à la commission des maladies vénériennes.

Sanatoriums. — A la suite du concours ouvert le 27 janvier 1945, au ministère de la Santé publique et de la Population, ont été déclarés admis à exercer les fonctions de médecin adjoint dans les sanatoriums pour tuberculose chirurgicale, les candidats suivants, classés par ordre de mérite : 1. M. le Dr Buet ; 2. M. le Dr Sérée ; 3. M. le Dr Blind.

XXVIe Congrès français de médecine

Le XXVIe Congrès se tiendra à la Faculté de Médecine de Paris, les 16, 17 et 18 octobre 1947, sous la présidence du professeur Lemierre. (Secrétaire général : M. le professeur Justin-Besançon.)

RAPPORTS : La génétique, par MM. Ludo Van Bogaert, Turpin, M. Lamy et Christiaens.

Les antihistaminiques, par MM. Bickel, Gaté et Pellerin et Jacques Decourt.

Les kystes du poumon, par MM. Santy, Dufourt et Gally, Pruvost et Benhamou.

COURS

Centre National de transfusion sanguine et de recherches hématologiques

Un cours de réanimation-transfusion aura lieu au Centre National de transfusion sanguine et de recherches hématologiques (hôpital Saint-Antoine, 53, boulevard Diderot), dans le courant du mois de mars, sous la direction du Dr A. Tzanck, médecin de l'hôpital Saint-Louis, directeur du Centre.

La première leçon a eu lieu le mardi 4 mars, à 17 heures, les suivantes les mardi, jeudi et samedi, à 17 heures.

Programme

Mardi 4. — Les hémorragies, clinique, physio-pathologie, traitement : Dr R. André.

Jeudi 6. — Le choc, clinique, physio-pathologie, traitement : Dr P. Chiche.

Samedi 8. — Technique de la transfusion directe, transfusions difficiles : Dr L. Jube.

Mardi 11. — Sang conservé et plasma : méd. lieut.-col. Julliard.

Jeudi 13. — Accidents de la transfusion : Dr J.-P. Soulier.

Samedi 15. — Les groupes sanguins : Dr J. Moullec.

Mardi 18. — Le facteur Rh : Dr J. Moullec.

Jeudi 20. — Accidents généraux des brûlures, anurie traumatique : méd. cap. Duchesne.

Samedi 22. — Asphyxie et oxygénothérapie : méd. cap. Robert.

Mardi 25. — Organisation et fonctionnement d'un centre en temps de paix : Dr H.-P. Klotz.

Jeudi 27. — Le rôle actuel de l'anesthésiste : méd. lieut.-col. Dubau.

Samedi 29. — Indications de la réanimation d'urgence : Dr A. Tzanck.

Un court exposé ayant trait aux maladies du sang suivra chaque leçon théorique.

Le nombre de places étant limité, on est prié de s'inscrire au Centre National de transfusion sanguine.

Droits d'inscription : 200 francs.

FACULTE DE MEDECINE
LISTE DES PRIX A DECERNER

Bourses de Fondations, Dons et legs
Bourses municipales

I. — Prix destinés à récompenser des travaux scientifiques (thèses, etc.), au titre de 1946.

Prix BARBIER, 3.000 francs. — Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils ou autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment (inscription jusqu'au 31 mai 1947).

Prix BEHIER, 3.000 francs. — Au meilleur ouvrage sur une question de pathologie médicale (inscription jusqu'au 31 mai 1947).

Prix BERNHEIM, 800 francs. — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiant français, russe ou polonais) (inscription jusqu'au 31 mai 1947).

Prix CHATEAUVILLARD, 2.000 francs. — Meilleur travail sur les sciences médicales imprimées au cours de l'année précédente (thèses et dissertations inaugurales admises) (inscription jusqu'au 31 mai 1947).

Prix DÉROULÈDE, 2.000 francs. — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer (inscription jusqu'au 31 mai 1947).

Prix DESMAZES, 3.000 francs. — Récompense au meilleur traité sur la grippe (inscription jusqu'au 31 mai 1947).

Prix Gérard MARTINET, 2.800 francs. — Prix à un étudiant pourvu de 12 inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc., susceptibles d'atténuer en France les ravages causés par les maladies contagieuses (inscription jusqu'au 31 mai 1947).

PRIX JEUNESSE (Hygiène), 2.000 francs, meilleur ouvrage sur l'hygiène (inscription jusqu'au 31 mai 1947).

Prix JEUNESSE (Histologie), 2.000 francs. — Meilleur ouvrage relatif à l'histologie (inscription jusqu'au 31 mai 1947).

Prix LACAZE, 20.000 francs. — Au meilleur ouvrage sur la fièvre typhoïde. (Pas de candidat en 1945). Inscription jusqu'au 31 mai 1947.

Prix LERI, 1.300 francs. — Prix à un auteur de nationalité française pour le meilleur travail sur les affections des os et articulations publié depuis 1940 (inscription jusqu'au 31 mai 1947).

Prix MONTHYON, 2.000 francs. — Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes en 1945-1946 (inscription jusqu'au 31 mai 1947).

Prix RIGOUT, 1.000 francs. — Récompense de la meilleure thèse de chimie biologique, physiologique ou bactériologique (inscription jusqu'au 31 mai 1947).

(Suite page 162.)

Renseignements

LES ACTUALITÉS MÉDICALES PRATIQUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Les progrès récents de la transfusion (1)

Par M. Tzanck

La transfusion sanguine a pris de nos jours une place si considérable qu'il est difficile d'exposer en une seule leçon toutes les questions qu'elle nous pose. Au surplus, toutes ces questions sont actuellement à l'étude, les théories se succèdent, vite démenties. Aussi est-ce moins un exposé scientifique de la question que je me propose de faire devant vous qu'une vue d'ensemble d'un technicien qui a vu cette question naître et se développer dans ces trente dernières années.

Pour mesurer le chemin parcouru, il suffit de comparer le rôle d'un médecin dans une formation chirurgicale de l'avant, durant les guerres de 1914 et de 1944.

Je me souviens de ces files de blessés qui, les jours d'attaque, affluaient jadis à l'entrée de la salle d'opération pour attendre leur tour et nous savons tous les risques de cette attente à une époque où les sulfamides et la pénicilline étaient inconnus.

Aujourd'hui, c'est dans une salle spécialement aménagée, la salle de réanimation que sont accueillis les blessés. Ils reçoivent là les soins nécessaires, ils sont réchauffés, nettoyés, étudiés, traités, suivis. Et ce n'est plus le chirurgien qui choisit au hasard le prochain opéré, mais le médecin qui, après examens approfondis et thérapeutique efficace, le désigne.

Combien piètres étaient, en effet, les agents thérapeutiques dont nous disposions :

Le sérum salé, dont on sait l'effet souvent illusoire et parfois dangereux lorsque l'hémostase n'a pas encore été effectuée.

Les toni-cardiaques excitant inutilement le pauvre muscle cardiaque qui n'en peut mais, car, ainsi que nous le verrons, le cœur est bien plus la victime que la cause des accidents en pareil cas.

Quant au ballon d'oxygène de 50 litres, combien il était inefficace à côté des quantités massives et bien réglées dont nous disposons aujourd'hui. Il se bornait en somme à informer le patient de la gravité de son état et à accroître son inquiétude.

Aussi les résultats étaient-ils en proportion, l'état de choc était à l'époque considéré comme une contre-indication à l'opération, alors qu'il représente aujourd'hui la préoccupation majeure du réanimateur qui permettra à de tels blessés de supporter le risque opératoire et d'acquérir ainsi des chances de guérison.

Pour vous donner des chiffres, c'est à peine 3 % des sujets choqués que l'on opérait autrefois, alors que plus de 90 % peuvent aujourd'hui être confiés au chirurgien.

C'est en raison des résultats obtenus que le réanimateur a acquis son autorité au point que nul chirurgien, à la fin de la dernière campagne, ne se serait privé du secours de ce précieux auxiliaire qui, tout au début, avait été parfois accueilli fraichement.

Ces résultats sont tels que la réanimation, à côté des médications anti-infectieuses, représente le plus grand progrès de la médecine militaire que cette pratique a complètement transformée.

Mais de tels résultats, le réanimateur ne saurait y prétendre sans :

Des connaissances particulières ;
Des moyens d'action ;
Des moyens de contrôle.

Ce sont ces trois ordres de faits que nous nous proposons de passer en revue devant vous.

* * *

La transfusion sanguine est connue de tous temps.

Il suffit d'avoir vu un être mourir d'hémorragie pour que s'impose l'idée que la restitution du sang perdu peut, en de telles circonstances, rendre la vie au moribond. Aussi la transfusion sanguine a-t-elle été pratiquée depuis la plus haute antiquité. Elle fut même interdite à diverses reprises.

L'idée qui présidait à la transfusion était le remplacement de ce liquide vital par excellence.

Cependant, en raison d'accidents mortels, inexplicables à l'époque, on s'attacha à découvrir une substance qui permettrait les mêmes espoirs sans encourir de tels risques. C'est ainsi que naquirent les divers sérums de Hayem, de Ringer et tant d'autres encore.

L'expérimentation sur laquelle on se fondait pour prouver leur efficacité était toujours la même :

Un chien était saigné « jusqu'à la dernière goutte », puis réinjecté avec le liquide étudié. Le rétablissement étant instantané, on concluait à l'efficacité de cet équivalent du sang.

Cependant en pratique humaine les résultats n'étaient pas aussi démonstratifs que chez l'animal et, après une période de vogue, chacun de ces sérums était délaissé ; on en proposait un autre, puis un autre encore. C'est ainsi que nous avons successivement connu le sérum gommé de Bayliss et le sérum polycitraté de Normet.

Permettez-moi de vous rapporter ce dernier épisode, parce qu'il m'a été donné de le vivre personnellement.

En 1926, j'étais invité par un coup de téléphone de mon cher maître A. Gosset, à assister le lendemain, à la Salpêtrière, à la démonstration par le médecin-général Normet de l'efficacité de ce nouvel équivalent du sang.

Un chien de 12 kg. fut saigné par l'introduction d'un large trocart dans la carotide primitive. En moins de 2 minutes, il avait perdu 500 gr. de sang. Il présenta les convulsions, l'extension des membres et le hoquet agonique. L'hémorragie s'était arrêtée, l'animal semblait avoir perdu son sang « jusqu'à la dernière goutte ». La mort était imminente. On pratiqua alors l'injection d'une quantité de sérum polycitraté égale à la quantité de sang perdu. L'animal revint aussitôt à la vie, et présenta les signes les plus évidents du retour total à la santé.

On ne pouvait manquer d'être impressionné par un tel spectacle. Cunéo, J.-Ch. Bloch et M. Mayer se demandaient si l'ion calcium n'était pas capable de fixer l'oxygène et de remplacer l'hémoglobine du sang.

Cependant, à la réflexion, la mort de l'animal ne rappelait en rien la mort par anoxémie qui est bien plus tardive. L'apparition des accidents convulsifs dès la 2e minute faisait bien plus penser à une mort cérébrale, celle-là même que l'on détermine par la ligature simultanée des deux artères carotides primitives. Quant au rétablissement instantané, il cadre mal, lui aussi, avec l'idée d'une anémie aussi intense.

Pour en avoir le cœur net, je pratiquai une numération sanguine sur l'animal ainsi réanimé par le sérum de Normet, et j'obtins avec étonnement un chiffre de globules rouges voisin de 4 millions.

Reproduisant l'expérience à diverses reprises, je retrouvais toujours des chiffres supérieurs à 3 millions et d'autant plus élevés que l'hémorragie avait été plus rapide.

Une première conclusion s'imposait d'ores et déjà. La mort de l'animal n'était pas due à l'anémie. Car de tels chiffres sont bien loin d'être incompatibles avec la vie. L'animal n'avait donc été saigné jusqu'à la dernière goutte qu'en apparence et le liquide injecté avait agi de toute autre façon qu'en remplaçant les propriétés physiologiques du sang.

En bref, la mort avait une toute autre cause, et les liquides dits de remplacement avaient une toute autre fonction.

Un hasard heureux, mais est-ce bien un hasard, devait m'apporter un élément important de cette énigme.

Lors d'une hémorragie foudroyante et n'ayant pas le temps de chercher des veines difficiles, je décidai de pratiquer la transfusion directement dans le cœur. La ponction cardiaque fut très aisée, mais à mon grand étonnement, le sang ne venait pas. Pour m'assurer de la position correcte de l'aiguille dans le ventricule, j'injectai à la seringue dans mon aiguille du sérum physiologique que le cœur me renvoyait à chaque pulsation. Le cœur battait à vide.

Le sang que l'organisme gardait en réserve (et dont l'existence était établie par la numération sanguine consécutive à l'expérience de Normet) était partout ailleurs mais pas dans le cœur.

De telles constatations cadraient bien mal avec notre conception de la circulation sanguine, classique depuis Harvey. Il devait exister quelque part de vastes cavités renfermant les réserves que nous soupçonnions. Ce sont les larges lacs veineux déjà reconnus par Krogh, Eppinger, etc.

Pour rendre compte des faits que nous venons de signaler, il faut concevoir une vaste circulation de retour qui n'est aucunement symétrique de la circulation artérielle. Sa capacité, qui comprend les nombreuses anastomoses veineuses, les sinus des viscères pleins, les veines vertébrales, etc., est cent fois supérieure à la capacité artérielle. Le contenant, essentiellement extensible, se moule sur le contenu. Ainsi s'explique que l'on puisse, à l'état normal, pratiquer une saignée même importante sans faire baisser la tension, et injecter dans les veines 1 à 2 litres de sérum sans l'élever.

(1) Conférence faite à la Faculté de Médecine, le 14 janvier 1947.

Le mécanisme circulatoire apparaît dès lors bien différent de ce que l'on avait décrit. Ce qui assure la progression, le cycle du sang, ce n'est pas comme on le répète :

L'impulsion cardiaque ;
La « vis a tergo » ;
L'aspiration pulmonaire.

Le rôle de l'impulsion cardiaque s'arrête aux capillaires. L'ondée sanguine n'aurait d'action qu'avec des tuyaux rigides. Ce qui reconduit le sang vers l'oreillette, c'est le tonus capillaire et veineux, ce sont les contractions qui, au niveau du sinus réuniens apparaissent évidentes.

Il existe là un mécanisme moteur autonome de la circulation qui peut comporter ses excès et ses défauts.

Ses excès, lorsqu'une masse sanguine exagérée ou une contraction insolite précipite le torrent sanguin sur la petite circulation et se traduit cliniquement par l'œdème aigu du poumon (que combattront efficacement tant la saignée suffisante que l'injection de morphine).

Ses défauts, lorsque cet autonomisme n'assure plus le retour du sang vers le cœur, et suspend son débit. Il en résulte une ischémie tissulaire alors que le cœur continue à battre. Certains organes supportent sans dommage une pareille ischémie durant assez longtemps ; d'autres organes, tel le cerveau, donnent lieu aux accidents les plus alarmants (convulsions, syncope) pour une interruption d'une ou deux minutes. Et c'est ainsi que l'arrêt de cette circulation de retour, que nous avons individualisé avec Charles Laubry, équivaut en pratique à une ligature des deux carotides ; ce qui explique la mort si spéciale des animaux dans l'expérimentation type des hémorragies rapides ; ce qui explique également l'effet si merveilleux de tout liquide injecté dans ces conditions qui, rétablissant quantitativement la masse sanguine, entraîne le rétablissement immédiat de la situation, non par ses propriétés hypothétiques et merveilleuses, mais tout simplement en rétablissant la circulation des réserves accumulées dans les réservoirs de la circulation de retour. Le cœur se trouvant réamorcé, la circulation artérielle rétablie, le retour à la santé est immédiat et total. La mort dans les hémorragies rapides est donc due à un *collapsus* de la circulation de retour.

On voit pourquoi en pareil cas les toni-cardiaques sont totalement inutiles : ils s'acharnent sur le cœur qui est la victime et non la cause du désordre de la circulation de retour.

Récemment encore il m'a été donné d'observer, lors d'un traumatisme chez un vieillard, l'effet quasi miraculeux sur la tension artérielle d'une transfusion sanguine, alors que l'ouabaïne que l'on persistait à donner en raison du pincement de la différentielle, demeurait sans le moindre effet. Dans de telles conditions, c'est la transfusion qui est le meilleur des toni-cardiaques.

Pour déterminer une *anémie véritable*, il faut procéder tout autrement afin de se mettre à l'abri du réflexe de la circulation de retour. C'est ce que réalisent les hémorragies très lentes qui, comme on le sait depuis Charles Richet et ses collaborateurs, donnent lieu à des déperditions sanguines beaucoup plus importantes.

LA CIRCULATION SANGUINE



Schéma classique



Schéma de la circulation de retour

Expérimentalement, on peut pousser la chose beaucoup plus loin en réalisant des hémorragies fractionnées, en prélevant à plusieurs reprises 100 gr. de sang et en réinjectant chaque fois 100 gr. du liquide étudié. On peut encore disposer aux deux membres deux appareils électriques de Henri et Juvelet dont l'un prélève centimètre cube par centimètre cube, le sang, et l'autre injecte au même rythme le liquide de remplacement. On obtient de la sorte des anémies véritables sans arrêter la circulation de retour.

L'animal n'est plus saigné « jusqu'à la dernière goutte » car l'hémorragie peut se poursuivre, mais la formule sanguine descend au-dessous de un million et demi, et à partir de ce moment, il n'est plus de liquide de remplacement qui rétablisse la situation. Le sang et lui seul est à même d'assurer la survie.

Ainsi, la mort lors de l'hémorragie peut se produire pour deux causes bien différentes : par collapsus dans les hémorragies très rapides, et par anémie véritable pour les hémorragies très lentes ou répétées.

On peut opposer trait pour trait ces deux mécanismes. Ce qui explique pour le collapsus et la possibilité d'hémorragies relativement peu importantes (à la condition qu'elles soient rapides), et les chiffres élevés de la numération sanguine et la non-décoloration des viscères (que Crile avait déjà notée dans les hémorragies aiguës) et l'effet de toute masse de remplacement, effet soudain et définitif.

Du point de vue pratique, la connaissance du mécanisme du collapsus et sa signification défensive, comporte un intérêt de premier plan. En 1923, j'avais coutume, appelé pour une hémorragie grave, de prier l'interne de pratiquer, en m'attendant, une injection massive de sérum.

Or, à deux reprises et dans la même journée, je me trouvai en présence du même drame. La situation avait été instantanément rétablie par l'injection de sérum, puis en quelques instants une inhibition (que je ne m'expliquai pas à l'époque) avait entraîné la mort. Cette inhibition, je ne l'ai comprise que depuis. L'injection massive de sérum avait rétabli la circulation de retour mais l'hémostase n'étant pas assurée, l'hémorragie avait repris de plus belle et on avait ainsi privé le malade des réserves que l'arrêt de la circulation de retour avait si judicieusement mises à l'abri.

Pour en avoir le cœur net, j'effectuai aussitôt l'expérimentation suivante :

Deux lots de lapins étaient saignés par l'ouverture de l'artère fémorale. Le premier lot recevait simultanément par la veine fémorale une injection de quelque liquide de remplacement que ce soit. La mort était instantanée dans les trois minutes et dans tous les cas.

Le second lot était abandonné à lui-même. La mort ne survenait que beaucoup plus lentement ; trois lapins seulement succombaient dans la première demi-heure. Trois d'entre eux survivaient même définitivement. Quant aux quatre derniers, ils traînaient quelques heures avant de succomber. Ces quelques heures, c'est précisément le temps nécessaire pour effectuer l'hémostase et assurer la survie définitive.

D'où la règle absolue d'éviter l'injection de tout liquide de remplacement tant que l'hémostase n'est pas effectuée ; ou, lorsque celle-ci est pratiquement irréalisable, n'injecter que du sang et en petites quantités, au moyen de transfusions répétées ou par la perfusion lente.

Mais ces deux causes de mort pouvant survenir lors d'une hémorragie, ne sont pas les seules ; un mécanisme hautement différent, le *choc*, doit être considéré.

Qu'est-ce donc que cette stupeur traumatique de Pirogof qui peut survenir d'ailleurs en dehors de toute hémorragie ?

Le terme de choc d'ailleurs prête à confusion ; il désigne tant de choses si différentes.

Une analyse s'impose. Ce que nous avons en vue, ce n'est ni le choc réactionnel de la chimiothérapie ou de la sérothérapie, ni le frisson banal qui peut suivre toute injection.

Il se distingue de l'anémie hémorragique d'abord parce qu'il peut survenir en dehors de toute hémorragie ; bien mieux, dans

les chocs les plus authentiques, celui des écrasés, celui des grands brûlés, il s'accompagne même d'*hémoconcentration.*

Il se distingue tout autant du collapsus par son installation progressive et surtout parce qu'il ne répond pas aussi nettement au rétablissement de la masse sanguine ; à une phase avancée, dite irréductible, il n'est même plus influencé par ces injections.

Il y a cependant un certain nombre de signes communs qui tiennent à l'effondrement tensionnel qui existe dans les deux cas. D'ailleurs, s'il y a réduction de la masse sanguine dans le choc, cette fois elle est qualitativement différente. Cette diminution s'est faite aux dépens des protéines ; et ce fait comporte à la fois un moyen de diagnostic et un mode de traitement approprié.

Il suffit en effet de déterminer la teneur en protéines du plasma pour différencier le choc du collapsus ; aussi le traitement du choc est-il bien plus l'injection des protéines, c'est-à-dire du plasma que du sang total puisque les éléments cellulaires peuvent, au contraire, se trouver en pareil cas en excès.

Le dosage des protéines peut être effectué extemporanément au lit même du blessé par la méthode de Philipp et van Slyke et leurs collaborateurs. Il suffit de disposer de solutions de titres connus de sulfate de cuivre.

Une goutte de sang ou de plasma lâchée dans une telle solution, se recouvre d'une couche de protéinate de cuivre et selon que la densité de ce petit ballon, ainsi réalisé, est supérieure, égale ou inférieure à celle de la solution, elle descend, demeure ou remonte vers la surface.

On peut de la sorte déterminer les besoins de l'organisme en protéines et agir en conséquence. De là l'utilité du plasma sanguin qui fut tout d'abord employé en France par Charles Richet, Brodin et Saint-Girons pour le traitement des hémorragies.

Le plasma peut être utilisé à l'état liquide ; il peut être stabilisé à l'aide du formol ou de l'hyposulfite de soude.

Il est surtout conservé à l'état sec et redissous dans l'eau distillée au moment de son utilisation.

Parmi les protéines du sang, ce sont surtout les albumines qui sont les plus efficaces. Aussi a-t-on recours aux procédés de fractionnement des protéines qui permet au surplus de supprimer les globulines qui sont parmi les protéines les substances les plus antigéniques. Du point de vue de la préparation, on y trouvera le plus grand avantage puisque ces propriétés seront utilisées avec profit dans d'autres buts.

On revient ainsi insensiblement à la recherche de substituts du sang, tel le polyvinylpirolidone, connu sous le nom de subtosan.

Pendant la guerre, le plasma connut une vogue immense due surtout à la facilité de son utilisation.

Lors du débarquement, l'armée anglaise en apportait 100.000 flacons qui furent tous utilisés.

En réalité, le plasma (ni ses dérivés) n'est pas une panacée appelée à remplacer le sang en toutes circonstances. Il comporte ses indications et peut-être celles-ci sont-elles plus importantes encore en médecine qu'en chirurgie.

En résumé ce n'est plus une cause de mort que l'on a vue, mais trois, bien différentes, avec leurs traitements appropriés.

Le collapsus qui réclame le remplacement de la *masse.*

L'anémie que *seul le sang peut réparer.*

Le choc qui nécessite l'usage du *plasma.*

Volontairement nous avons fait un exposé schématique. En réalité tout ne se résume pas :

Pour le collapsus en considérations hydrauliques ;

Pour l'anémie en une seule numération quantitative ;

Pour le choc en un seul dosage chimique.

Des travaux innombrables, surtout en ce qui concerne le choc, se sont attachés à élucider le phénomène.

Ces travaux qui reviennent toujours aux trois théories, toxique, nerveuse, circulatoire, sont contradictoires et je les passerais volontiers sous silence s'ils n'entraînaient point un certain nombre de déductions d'ordre pratique.

La théorie toxique est illustrée par les accidents brusques qui suivent la levée du garrot, mais le poison invoqué diffère avec les auteurs, ptomaïnes tissulaires, histamine, potassium, phosphate d'adénosine, toxines microbiennes dues à la pullulation du *clostridium Velchii ;* il n'en reste pas moins une donnée pratique, à savoir l'extrême prudence au moment de la levée du garrot.

La théorie nerveuse accuse les sommations réflexes parties du foyer de fracture. La part nerveuse est indéniable et pratiquement l'anesthésie du moignon, l'anesthésie le long des nerfs, l'injection cysternale de potassium, selon la technique de Lena Stern, la novocaïne intraveineuse, sont de pratique courante. De fait, rien n'est plus pernicieux pour les grands blessés que les transports sans ménagements suffisants qui multiplient ces incitations nerveuses à point de départ au niveau du foyer traumatique.

Aujourd'hui, c'est la théorie circulatoire qui est la plus en vogue. C'est au niveau des capillaires dilatés que le plasma s'échapperait des vaisseaux. C'est ce fait qui rendrait absolument inopérant les divers sérums à viscosité insuffisante. Et c'est précisément ce qui incita Bayliss à utiliser le sérum gommé, aujourd'hui abandonné.

La théorie est très séduisante, et on connaît le schéma de Moon qui l'exprime. Cependant cette théorie est, elle aussi, passible de bien des critiques. C'est ainsi que Fine, Seligman et Frank, utilisant des éléments radioactifs, ne les ont retrouvés hors des vaisseaux qu'au siège même des traumatismes.

Il n'en reste pas moins que du point de vue pratique, les protéines sont en quantité moindre et quelle que soit l'explication de cette carence, le plasma demeure le traitement électif du choc à l'état pur.

Cependant, cet état pur que l'on peut réaliser expérimentalement est tout à fait exceptionnel en clinique où le blessé est en même temps un anémié, aussi doit-on chercher à déterminer la dominante étiologique et à la combattre en premier lieu.

D'où un facteur d'interprétation individuelle, d'où la vogue que peut subir tel ou tel produit, surtout si l'on peut s'en procurer aisément.

C'est ainsi que durant la campagne de 1944, on pouvait se procurer aisément du plasma sec d'utilisation facile. Aussi, à cette époque, les proportions de plasma par rapport au sang furent-elles de 3 à 1. Puis cette proportion se trouva inversée et dans les hôpitaux de campagne, tout aussi pourvus de plasma pourtant, elle atteignit le rapport de 1 de plasma pour 7 de sang. Actuellement encore, et de plus en plus, le sang pur ou le sang conservé, notamment en perfusion, sont surtout utilisés. Le plasma trouve son indication majeure chez les brûlés et les ensevelis, mais de plus en plus ce sont les indications médicales qui absorbent surtout notre production de plasma.

En pratique, entre les cas où le sang pur est seul nécessaire, et ceux où le plasma est indispensable, il existe un plus grand nombre de cas où ces deux indications sont associées. On comprend qu'en pareil cas, l'usage du sang dilué, préconisé par Binet, soit particulièrement recommandable.

Autrefois, on distinguait les indications médicales, chirurgicales, obstétricales.

Ce qui importe surtout, ce n'est pas le lieu ou le service où l'on pratique l'intervention, mais le trouble que l'on veut combattre, c'est-à-dire le danger immédiat auquel on veut parer, et *grosso modo* ces trois mécanismes qui menacent la vie sont :

Le collapsus, que l'on évitera par l'injection susceptible de permettre le rétablissement de la masse sanguine ;

L'anémie, où tout liquide de remplacement reste inopérant; le sang, et lui seul, peut être efficace en pareil cas ;

Le choc enfin, où domine l'hypoprotéinémie et qu'il faut réparer par l'injection de plasma en quantité suffisante.

Mais l'hypoprotéinémie n'est point l'apanage du seul choc traumatique ; on la retrouve en maints autres états médicaux et chirurgicaux : la maladie opératoire, l'accouchement prolongé, les surrénalites aiguës, les pancréatites aiguës, les grands états de déshydratation, adultes ou infantiles, etc.

En somme, les directives si schématiques que nous avons formulées, doivent être rectifiées au contact de la pratique et adaptées aux circonstances.

C'est ainsi que l'expérience a permis à nos réanimateurs aux armées de rectifier des directives un peu trop théoriques qui leur avaient été données tout d'abord, lorsque la transfusion était recommandée aussi près que possible des lignes. En réalité la chose n'est pas désirable et c'est le plus près possible du lieu où l'acte chirurgical devient possible qu'elle devient opportune.

L'expérience réalisée dans les formations chirurgicales avancées a permis à nos réanimateurs de bien étudier chaque cas concret et de montrer que chacun d'eux comporte ses caractères et ses indications propres.

Il faut distinguer en particulier les multiblessés où chaque lésion examinée en elle-même sera bénigne, mais leur réunion déterminera un état de choc alarmant.

Les crânes où la réanimation est illusoire.

Les blessés du poumon où il faut éviter les injections massives de liquide de remplacement ; le plasma même peut donner lieu à de l'œdème aigu. Tout au plus pourra-t-on injecter du sang pur et en petite quantité limitée.

Pour les abdomens, il est de règle de ne pratiquer la réanimation qu'une fois l'intervention commencée.

Pour les brûlés, les écrasés, nous l'avons dit, c'est le plasma qui demeure l'indication majeure.

En ce qui concerne les minés, l'expérience du Garigliano, où était disposée une ambulance chirurgicale avancée, a montré que souvent la réanimation n'était efficace qu'une fois l'intervention en cours, et c'est ainsi qu'on vit une statistique de 8 morts sur 9 en cas de réanimation pré-opératoire atteindre la proportion inverse lorsque la réanimation ne débuta qu'avec l'opération.

*
* *

Mais toutes ces indications ne peuvent être remplies que si l'approvisionnement est assuré. Il est bien de faire connaître les résultats que l'on peut obtenir avec ces thérapeutiques : encore faut-il que nos médecins soient à même de les mettre en œuvre.

Pour saisir toute l'importance des moyens qui doivent être mis à la disposition du réanimateur, il n'y a qu'à comparer ce que nécessitait la création d'un centre de transfusion il y a vingt ans à peine, et ce que cet organisme exige aujourd'hui.

En 1927, il suffisait d'un technicien rompu à toutes les difficultés de l'accès des veines difficiles, qui disposât d'un appareil convenable et d'un groupe de donneurs régulièrement étudiés.

Combien une pareille organisation nous paraîtrait aujourd'hui insuffisante.

En premier lieu, ce n'est plus un simple technicien « le transfuseur » qui nous est nécessaire. Tout médecin devra aujourd'hui être à même de pratiquer la transfusion qui se résume en deux injections intraveineuses. Ce qui importe, c'est ce spécialiste nouveau, le « réanimateur » ; son rôle consiste moins à pratiquer la transfusion qu'à déterminer l'indication, le moment, la dose à injecter, le liquide préférable, à la refuser parfois.

Il ne s'agit pas d'accourir précipitamment et de disparaître, la transfusion effectuée. Dans les cas où la vie est véritablement en danger, il faut suivre le malade heure par heure, minute par minute, le manomètre à la main, analyser ses protéines, le préparer à l'opération si celle-ci est nécessaire, ne pas quitter le blessé dans la salle d'opération, suivre son pouls, sa tension, et une fois l'opération effectuée, ne quitter le blessé qu'une fois le danger écarté.

Or, tous ces soins, toutes ces investigations, est-il un auxiliaire précieux du chirurgien qui soit plus à même de les effectuer mieux que l'anesthésiste ; je suis, pour ma part, persuadé que c'est à lui plus qu'à tout autre que reviendra la spécialité de la réanimation.

Le choix des appareils de transfusion est au contraire passé au second plan ; tous sont bons à la condition d'en posséder à fond le maniement et d'y adjoindre les appareils de perfusion avec une extrême lenteur.

Disons au sujet de cet appareillage, l'importance de posséder un matériel standard, tel est le but que depuis trois ans ont poursuivi les services de transfusions civils et militaires qui n'ont cessé de travailler dans la plus profonde harmonie. Ce qui nous permet de vous présenter comme nôtre l'appareillage mis au point par le colonel Julliard, directeur du service central de transfusion de l'hôpital Percy. Bouteilles, filtres, appareils à prélèvement, tout nous est commun, ce qui nous permettra bientôt j'espère d'équiper tous les centres provinciaux sur un même modèle.

Mais ce travail, bien que considérable, est le petit coté de l'activité de nos centres civils et militaires qui fonctionnent parallèlement.

Au premier plan de nos préoccupations, est l'instruction des réanimateurs, instruction pratique tout autant que théorique. Non seulement ils doivent être au courant de toutes les questions médicales, sérologiques, mais encore ils doivent être familiarisés avec ces appareillages standard et plus encore capables d'effectuer les transfusions lorsque les veines du pli du coude sont inaccessibles (injections jugulaire, fémorale, intrasternale, voire intracardiaque dans les cas désespérés).

Mais il existe pour nous des préoccupations plus terre à terre, mais vitales, tels le lavage des bouteilles, des caoutchoucs, la surveillance des aiguilles, car la moindre faute peut être la cause d'un accident mortel ou simplement d'un insuccès.

Le Centre de Transfusion est également chargé du recrutement et de la surveillance des donneurs, de la préparation et de la répartition du sang conservé. Ce sont là autant de services qui engagent leur responsabilité à tous moments et où le manque de personnel qualifié multiplie singulièrement les difficultés, et cela d'autant que les besoins de la population civile augmentent journellement.

Durant la guerre, c'est 25.000 litres de sang conservé, prélevés sur 70.000 donneurs que le Centre de l'hôpital Saint-Antoine a pu expédier aux armées.

Mais les besoins civils n'ont pas diminué notre tâche. C'est ainsi que le nombre de transfusions journalières est passé de 8 avant la guerre à près de 100 dans les mois derniers. Nous n'avons pas pu fournir encore tout le sang conservé ni tout le plasma qui nous est actuellement demandé, mais grâce à notre coopération avec les services militaires, nous avons pu réaliser les prototypes qui, si les services publics le prennent en considération, nous permettront de créer un Centre de Transfusion digne de notre pays et de généraliser cette organisation à toute la province.

Cependant, à mesure que se développe notre activité, chaque détail prend une importance considérable. C'est ainsi que la question des donneurs de sang, primordiale pourtant, est rien moins que résolue. Si l'on songe, en effet, que pour faire un litre de plasma, il nous faut près de 3 litres de sang et que le traitement d'un seul grand brûlé peut exiger jusqu'à 10 litres de plasma, ce qui fait 30 litres, c'est-à-dire 150.000 francs pour un seul malade, suivant la rétribution actuelle des donneurs.

Ceci implique une véritable politique des donneurs et qui a été différemment conçue selon les pays :

Donneurs rétribués ;

Volontaires individuels ou collectivités ;

Banques de sang ;

Sang de cadavres utilisé en U. R. S. S. ;

Impôt du sang afin que les sujets jeunes et valides donnent leur sang pour les sujets malades. Il appartient aux pouvoirs publics de prendre une décision à ce sujet.

Par ailleurs, les activités des centres de transfusion sanguine se sont singulièrement développées. Signalons la production de sérum de convalescents que nous avons réalisée avec les services du professeur Debré à l'hôpital des Entants-Malades.

D'un autre côté la déconverte d'un nombre considérable de syphilis ignorées, à l'occasion des déterminations sanguines, nous a fait nous demander si l'inscription du groupe sanguin sur la carte d'identité ne permettrait pas de reconnaître et de traiter plus de 300.000 syphilis ignorées et de réaliser sans heurts une stérilisation massive du pays en ce qui concerne cette affectation.

Vous voyez combien nous sommes loin du Centre de Transfusion squelettique de 1927, surtout si l'on considère l'importance des études sérologiques et hématologiques et plus encore l'importance de la recherche scientifique qui doit toujours rester notre préoccupation majeure pour améliorer nos techniques, pour préciser les indications, pour diminuer le risque transfusionnel, et c'est ainsi que, nous le verrons, des services mi-pratiques, mi-scientifiques, tels ceux relatifs à la détermination du facteur Rh dominent l'orientation actuelle des centres de transfusion.

*
* *

Il ne suffit pas, en effet, que la transfusion sanguine soit effectuée à bon escient et facilement ; il faut encore qu'elle soit sans danger.

Une première question se pose : ces accidents sont-ils nombreux ? Les avis sont partagés. Certains en voient partout, d'autres nulle part.

En réalité les conditions ne sont pas toujours les mêmes.

En temps de guerre, lorsque le blessé a tant de raisons de mourir, on ne songe guère a accuser la transfusion sanguine.

En pratique civile, on l'accuse parfois à tort.

Il importe de bien connaître ces accidents afin de les dépister lorsqu'ils se produisent, de bien les étudier pour être à même de les éviter.

En réalité, ils sont nombreux et variés. Nous distinguerons très nettement ce qu'on voit, ce qu'on discute, ce qu'il faut faire.

Le choc *transfusionnel* est consécutif à l'injection de sang incompatible. Dès les premiers 10 cm³, on note de la congestion de la face, qu'un transfuseur inexpérimenté interprète trop souvent favorablement, puis apparaissent des pulsations lombaires douloureuses et, si l'on continue la transfusion, de la cyanose qui précède les accidents terminaux.

Parfois ces phénomènes généraux font défaut et l'injection incompatible est traduite par une hémoglobinurie, une anurie, une néphrite. Cliniquement ces accidents sont aisément reconnaissables d'emblée pour peu que l'on soit averti.

A quoi sont-ils dûs ?

Bien des opinions ont été émises.

La plus courante est la formation de cristaux d'hémoglobine, consécutive à l'hémolyse du sang injecté, d'où le nom de choc hémolytique. La formation de cristaux d'hémoglobine existe, on les reconnaît histologiquement dans les reins. L'hémolyse elle-même est un stade avancé de l'agglutination et l'agglutination représente le test même de ces incompatibilités.

Et cependant l'hémolyse n'est pas suffisante.

Comme bien des auteurs, j'avais noté l'effet salutaire du choc dans de nombreuses circonstances. J'avais même tenté de l'utiliser en thérapeutique. Mais pour le graduer, je n'avais utilisé que l'hémolyse de sangs compatibles. Je me proposais de la sorte de provoquer ce choc salutaire utilisé en psychiatrie.

Or malgré l'usage de quantités massives, je n'ai pu l'obtenir régulièrement, alors que des quantités minimes suffisaient à le provoquer lorsqu'on avait recours à des sangs hémolysés incompatibles.

Dans ces conditions, on peut considérer que ces accidents sont dus à une hémoglobine hétérogène et non à l'hémolyse seule.

L'agglutination n'en reste pas moins un témoin précieux pour la prophylaxie de ces accidents. Le traitement des accidents une fois constitués est la morphine, l'huile camphrée.

S'il s'agit de complications rénales, les scarifications, la glace peuvent être utiles, de même les injections intraveineuses de novocaïne. La décapsulation est très en faveur. Les auteurs soviétiques ont conseillé l'injection immédiate de sang compatible. Mais le véritable traitement est la prophylaxie. La détermination rigoureuse des groupes et des sous-groupes, enfin l'étude du facteur rhésus que nous envisagerons plus loin.

La réaction *Frisson-chaleur*, également appelée choc transfusionnel est beaucoup plus banale. Rien ne la différencie de celle qui s'observe pour une injection intraveineuse de sérum. Quelques minutes après la transfusion, le sujet est pris d'un frisson intense, la température monte à 38°, 39° et après une vingtaine de minutes, tout rentre dans l'ordre. Cet accident a donné lieu aux interprétations les plus variées. Les uns incriminent une transfusion trop rapide, d'autres une technique trop lente, facilitant les coagulations minimes. Withby a montré que leur nombre, qu'il évalue à 15 % environ, tombe à un chiffre dix fois moindre pour peu qu'on utilise une eau distillée débarrassée de pyrogènes. La prophylaxie de tels accidents nous est donc dictée par ce fait. Il importe de nous assurer d'une eau distillée convenable pour la préparation de nos liquides et même pour le

ACCIDENTS ET RÉACTIONS DE LA TRANSFUSION SANGUINE

	Ce qu'on VOIT	Ce qu'on DISCUTE				Ce qu'on FAIT	
	Clinique	Diagnostic	Etiologie	Mécanisme	Pathogénie	Prophylaxie	Traitement
Choc transfusionnel. Immédiat. Retardé. Tardif. Rare, mais grave.	Accidents propres à la transfusion. *Douteurs tombaires. Cyanose. Hémoglobinurie. Anurie-Néphrite. Hépatonéphrite.*	Autres chocs. Anaphylaxie. Réactions banales	Incompatibilité. *Mauvais donneurs.* Incompatibilités majeures A, B: mineures A', A'', RH.	Embolies rénales ?	*Choc hémolytique*	Contrôles sûrs. Lenteur. Anesthésie. Ce sont des *accidents évitables.*	Transfusion bon groupe. Médication alcaline.
Fièvre. Rarement grave, mais très fréquente.	*Frisson.* Chaleurs. Grippe transfusionnelle	Fièvre symptomatique d'autres complications.	Multiple et banale.		Pyrogènes. Infections. Réactions banales.	Précautions d'asepsie. Réactions indiv. (non évitables). Pyrogènes (évit.). *Non evitables à coup sûr.*	Traitement général.
Réactions diverses.	Urticaire. Rashes. Arthralgies. Asthme. Tr. mentaux ou nerveux. Hémorragies. Œdème aigu. Néphrite. Ictère.	Diagnostic varie avec le syndrome clinique.	Dépend du sujet. *Mauvais receveurs*	Allergie. Anaphylaxie, etc.	Intolérances diverses. Hémotrypsie.	Sujets intolérants *Accidents non évitables.*	Anti-histaminiques Traitement symptomatique.
Accidents circulatoires	*Œdème aigu.*	Typique.	Surcharge liquide	Excès thérapeutiques	Hypertension. Circulation de retour	Indication correcte Éviter les traumatismes du poumon *Accidents évitables.*	Saignée Morphine.
Infections transmises.	Syphilis. Paludisme.	de ces affections.		Syphilis hématogène.		Contrôles cliniques Réaction de Henri. *Non évitables à coup sûr.*	Traitement de ces infections.

lavage de nos instruments. L'injection préventive de morphine au moment de la transfusion est un excellent agent prophylactique de ces incidents.

Le trouble observé peut tenir non pas au liquide injecté mais au sujet lui-même, sensibilisé à diverses substances, sang, sérum, etc. Les *accidents anaphylactiques* rapportés sont de cet ordre. Chez un de nos malades, il s'agissait d'une sensibilité au sérum antitétanique. L'accident se produisit pour l'injection d'un sang provenant d'un donneur qui venait de recevoir du sérum antitétanique.

On peut également observer toute la série des *manifestations d'intolérance* bien connues depuis l'étude des accidents sériques ou des accidents de la chimiothérapie. Ce peuvent être des éruptions (urticaires, rashs diverses) des manifestations articulaires, rénales, cutanées, méningées, etc.

Plus particulière peut être est l'intolérance du sang. La sensibilité peut même exister pour son propre sang. C'est ainsi qu'un sujet présentait une traînée d'urticaire lorsque au moment d'une prise de sang, quelques gouttes entraient en contact avec son propre épiderme. Le syndrome d'hémotrypsie décrit par Chevallier représente pour nous un type très net d'une intolérance sanguine à son propre sang, lorsque ce dernier se trouve hors des vaisseaux.

C'est dans ces cas qu'on utilisera volontiers les divers antihistaminiques de synthèse, et notamment le 3015 qui semble à la fois le moins toxique et le plus efficace.

Il peut exister également des accidents par surcharge circulatoire, tel *l'œdème aigu* du poumon, qui peut survenir pour des injections trop importantes. A vrai dire, l'interprétation de cet accident est moins simple car il a pu survenir pour des transfusions minimes.

Le traitement est l'injection de morphine et la saignée, bien humiliante pourtant en pareilles circonstances.

Il nous reste à envisager les transmissions de maladies infectieuses telles la syphilis et le paludisme.

Les manifestations sont exactement celles de ces maladies.

La syphilis ainsi transmise est une syphilis décapitée. Le chancre n'apparaît pas, mais la roséole survient environ neuf semaines après la transfusion. Cette complication implique l'étude méthodique des donneurs.

En ce qui concerne le paludisme, on s'accorde à ne point reconnaître de valeur absolue à la réaction de Henry ; en pratique, on refuse tout paludéen ayant eu des accès dans les six dernières années.

Enfin, il faut ajouter à cette liste les ictères épidémiques que nous n'observons que très rarement en France.

Le traitement de ces accidents transfusionnels ne diffère en rien de celui de ces infections observées en d'autres circonstances.

Du point de vue pratique, nous séparerons ces accidents en deux grandes classes : d'un côté les accidents évitables, de l'autre les accidents inévitables.

Les *accidents évitables* sont de beaucoup les plus fréquents. Souvent les accidents de la transfusion sanguine sont des accidents de débutants. Les fautes possibles sont innombrables.

Il nous a été donné de signaler trois cas de morts survenues parce que le sang conservé avait été réchauffé dans une bassine d'eau bouillante... Dans un autre cas, un sang incompatible avait été injecté sur la foi d'une fiche sur laquelle le groupe sanguin avait été mal transcrit. De même les syphilis transmises sont souvent évitables par l'examen sérologique mensuel, encore qu'on puisse (à la période de chancre notamment) transmettre la syphilis alors que le B.-W. est négatif.

Enfin, on discute beaucoup pour savoir si les donneurs comportant un haut titre d'agglutination ne doivent pas être rejetés, et en particulier, s'il n'est pas préférable de pratiquer la transfusion en se servant, non pas de donneurs universels, mais de sujets de même groupe. Les plus grandes statistiques ont cependant semblé établir qu'il n'en était rien.

Les *accidents inévitables* sont de beaucoup les plus rares, notamment ces cas tout à fait exceptionnels d'intolérance individuelle, et aussi les cas de syphilis transmises en dépit d'un Wassermann négatif.

C'est à la recherche scientifique, à qui l'on doit déjà d'avoir tant diminué les dangers de la transfusion sanguine par la connaissance des comptabilités, qu'il appartient de réduire encore le nombre des accidents actuellement inévitables.

Le facteur rhésus, identifié par Landsteiner en 1941, représente une découverte de cet ordre. Grâce à lui, des accidents inévitables, il y a si peu de temps encore, sont devenus désormais des accidents évitables.

Qu'est-ce donc que le facteur Rhésus ?

Il s'agit d'un agglutinogène, comme les agglutinogènes connus A et B, qui, en présence des anticorps anti-rhésus, peut donner des accidents comme les agglutinogènes A et B en présence des agglutinines β et α.

La différence entre ces divers agglutinogènes, Rhésus d'une part A et B d'autre part réside en ceci : alors qu'un sujet qui ne possède pas les agglutinogènes classiques A et B, possède nécessairement les agglutinines correspondantes, les sujets Rh *négatifs*, c'est-à-dire ceux qui ne possèdent pas d'agglutinogène Rh, ne possèdent pas à l'état normal d'anticorps anti-Rh.

Il s'ensuit que l'on peut sans danger injecter une première fois un Rh + à un Rh négatif —. Une première fois, avons-nous dit, car cette première injection de globules possédant le facteur Rh détermine chez le sujet Rh — la formation d'anticorps anti-Rh.

Dans ces conditions, une transfusion nouvelle de Rh + à Rh— pourrait donner lieu à des accidents. D'où la nécessité de rechercher le Rh de sujets appelés à subir des transfusions répétées.

Rappelons que dans l'espèce humaine, il existe 85 % de sujets Rh+ et 15 % de sujets Rh—.

Il existe cependant des personnes Rh— capables de présenter des accidents dès la première transfusion de sujet Rh+. Ces personnes sont toutes des femmes chez lesquelles un enfant Rh+ a déterminé, au travers du placenta, la formation d'anticorps anti-Rh. En d'autres termes, cette grossesse hétérospécifique a joué le rôle d'une première transfusion. Il en découle la nécessité absolue de déterminer le facteur Rh dans toutes les maternités.

Enfin, et c'est le fait le plus important de cette admirable découverte de Landsteiner, Wiener, Levine, etc., l'anticorps anti-Rh, ou agglutinine, une fois formée chez la mère, devient pour les grossesses ultérieures l'agent déterminant de la maladie hémolytique du nouveau-né. celle-ci comporte par ordre de gravité croissante, l'anémie du nouveau-né, l'ictère grave du nouveau-né, et l'anasarque fœtoplacentaire. On saisit d'emblée l'importance de cette cause de la polymortalité infantile qui, jusqu'ici, a été un peu trop systématiquement rapportée à la syphilis.

Du point de vue pratique, nous avons insisté sur la nécessité de la détermination du Rh pour les transfusions répétées et pour la femme enceinte.

Pour le nouveau-né, lui aussi, cette étude est d'un très gros intérêt. On peut, en effet, sauver de tels enfants lorsqu'ils ont pu arriver à terme, par la transfusion de sang compatible, mais ce ne doit être ni du sang du père (qui est également sensible à l'anticorps anti-Rh) ni du sang de la mère qui renferme de l'agglutinine anti-Rh. Il faut s'assurer de toute nécessité d'un donneur Rh — ne possédant pas d'agglutinines, c'est-à-dire de préférence d'un homme ou d'une jeune fille n'ayant jamais reçu de sang Rh +.

Messieurs, je m'excuse si ces données vous paraissent un peu compliquées ; en réalité, elles sont beaucoup plus complexes encore, car ce n'est pas un agglutinogène Rh unique que nous connaissons aujourd'hui, mais un nombre considérable de sous-groupes, ce qui complique singulièrement la question mais lui donne, du point de vue génétique, un intérêt de tout premier plan. Cependant, du point de vue pratique, ces sous-groupes du facteur Rh sont tout à fait exceptionnels et pour la transfusion, le schéma que je vous en donne reste parfaitement suffisant.

Je m'excuse également de cette leçon un peu panoramique sur un sujet qui nécessiterait de plus longs développements. L'exposé en une heure de la transfusion sanguine eut été possible il y a vingt ans. Il ne l'est plus. C'est la loi du progrès ; chaque étape pose bien plus de questions nouvelles qu'elle n'en résout d'anciennes. Or la transfusion sanguine représente un immense progrès ; c'est pour cela que les problèmes théoriques et pratiques qui se posent à nous sont si nombreux ; nous n'avons pu que les indiquer dans le temps qui nous est réparti.

***

Résumons, pour terminer, les points qui nous semblent essentiels :

1° En premier lieu, ce qui importe, ce n'est pas de pratiquer une transfusion sanguine, mais de reconnaître le mécanisme dont le trouble menace la vie du malade et d'y parer, soit en rétablissant la masse sanguine, soit par tout autre moyen. C'est ainsi que la simple position tête basse, rétablissant la circulation cérébrale représente une véritable manœuvre de réanimation;

2° Les signes cliniques qui traduisent l'arrêt de la circulation artérielle sont les mêmes pour le collapsus hémorragique et pour le choc avec hémoconcentration. Une analyse chimique, la protéinométrie, peut nous renseigner sur le déficit protéinique qui réclame l'injection de plasma et dont les indications médicales sont si nombreuses ;

3° L'injection massive de liquide de remplacement n'est légitime qu'une fois l'hémostase assurée;

4° La réanimation ne se résume donc point en une manœuvre, la transfusion sanguine ; elle représente une spécialité qui nécessite :

Une instruction particulière;
Des moyens d'action ;
Un organisme d'approvisionnement et de contrôle ;

5° C'est le centre de transfusion qui doit fournir ces moyens; il doit réaliser l'union intime de la pratique et de la recherche.

C'est par cette union que nous pourrons retrouver, pour la transfusion sanguine comme en bien d'autres domaines, la place que notre pays a occupée avant la guerre.

ACTUALITÉS

Le péril de la dépopulation

(A propos d'un livre récent)

L'évolution démographique de la plupart des pays de civilisation occidentale montre une baisse graduelle de la natalité et souvent une baisse de la mortalité. Sur cette voie, la France est en avance d'une étape quant à la dénatalité ; la baisse de mortalité est en France moindre que dans d'autres pays et ne suffit pas à garder à notre pays son rang démographique.

Y réussirait-il numériquement qu'il n'y aurait qu'un trompe-l'œil quant au problème réel ; la chute finale ne serait que retardée, mais pas moins brutale. Les jeunes qui manquent et que leurs aînés paraissent remplacer numériquement seraient absents à la relève. Envisager une compensation qualitative où des Français moins nombreux, mais de valeur supérieure, réussiraient à constituer une nation de cadres est un leurre ; il ne se dégage de qualité qu'au sein d'une quantité suffisante. L'aboutissant vrai est une nation amenuisée et de plus en plus vieille.

Aussi le taux de remplacement d'une génération par l'autre, ou taux de reproduction, exprime-t-il seul fidèlement l'état présent et les perspectives de l'avenir. C'est sur un exposé succinct, mais admirablement clair de ces données, que s'ouvre le récent travail où MM. R. Debré et A. Sauvy (1) traitent des causes du mal, la connaissance des causes étant la condition nécessaire de celle des remèdes efficaces.

Il faut en effet des remèdes, multiples et coordonnés ; c'est peut-être faute d'avoir reconnu cette multiplicité des causes et des remèdes que la France n'a rien fait jusqu'ici d'efficace et qu'elle est parmi les nations les moins avancées sur le chemin du relèvement. Lorsque de 1,03 à 1,10 lors du premier Empire, le taux de remplacement s'est abaissé en 1939 à 0,86 environ, il importe d'employer les moyens les plus efficaces et de ne pas négliger les

(1) Robert Debré et Alfred Sauvy. Des Français pour la France (Le problème de la population), Paris 1946, Gallimard (Problèmes et documents).

plus rapides pour permettre aux mesures auxquelles le temps est nécessaire d'atteindre leur plein effet. Mais dès l'heure présente la déchéance démographique porte ses fruits empoisonnés. L'immigration raisonnée, elle-même, dont on peut attendre des bienfaits, est un remède dangereux dans un pays où les autochtones disparaissent. Il n'est pas jusqu'aux invasions répétées, même infructueuses, qui ne témoignent à leur façon de l'horreur qu'a la nature du vide démographique. Les sursauts victorieux des victoires, des résistances et des libérations, tout signes de vitalité qu'ils sont, n'en sont pas moins des miracles sur la répétition desquels il est dangereux de compter.

Les causes de la dépopulation sont clairement analysées et étudiées dans leur mécanisme, par MM. Debré et Sauvy. Dénatalité et surmortalité, qui en sont les deux grands facteurs, vont de pair et chacune a ses causes, communes ou distinctes. Mais aucune n'est à elle seule efficace ; se contenter d'en supprimer certaines et non pas toutes, ne ferait pas reculer le fléau, le passé le montre. Les causes morales ne sont pas négligeables, loin de là, mais elles n'empêchent pas les facteurs politiques, sociaux, financiers d'avoir leur importance. Viennent s'y joindre les difficultés quotidiennes, minimes, mais très agissantes, négligeables peut-être pour un foyer sans enfants, mais de plus en plus sérieuses quand la famille s'accroît ; les soucis budgétaires qui surviennent parfois lorsque la mère, retenue par les siens au foyer, n'apporte plus de revenu professionnel.

Quant à la surmortalité, ses causes sont les unes propres au premier âge (péril congénital, péril alimentaire, péril infectieux), les autres présentes à toute période de la vie (tuberculose, alcoolisme), mais c'est chez les jeunes adultes que les dernières sont le plus nuisibles.

Pour lutter de façon globale contre toutes ces causes, une politique d'ensemble avec, à sa base, une transformation de la mentalité s'impose. Comme le soulignent les auteurs, à côté du malthusianisme physiologique, il existe dans les autres domaines, un esprit malthusien, hostile aux expansions et aux entreprises, facteur de restriction et de contraction qu'il faut dénoncer, démasquer dans sa nocivité et déraciner.

Pour la natalité, la lutte doit commencer dès la conception et se poursuivre sous des formes appropriées toute la durée de l'élevage. Le travail féminin, si nécessaire qu'il soit dans certains cas, est un mal en soi quant à la famille ; tout doit tendre à le supprimer ou, plus exactement et plus efficacement, à en supprimer la nécessité. La fiscalité doit perdre le caractère étroit et rétrograde et renoncer à sa volontaire ignorance de la famille stable et prolifique ; elle doit faire la part belle à la famille nombreuse et ne pas considérer des allocations et des dégrèvements dérisoires, ni comme des faveurs ni comme des encouragements.

La lutte contre la mortalité a trois secteurs principaux d'action : l'armement sanitaire du pays, l'antialcoolisme, l'amélioration du logement.

Les centres de diagnostic qu'il faut établir par tout le territoire doivent favoriser le médecin indépendant et le médecin de famille et non les supplanter. Nous ne disons pas les remplacer car ils sont, à bien voir la réalité, irremplaçables. La construction de logements à prix abordables pour familles nombreuses, que seules des collectivités ou même l'Etat sont désormais à même d'entreprendre, doit respecter le droit imprescriptible de l'individu à la propriété, même et surtout immobilière et foncière, facteur puissant de fixation, d'élévation sociale et d'accroissement numérique de la population, surtout agricole ; des lois successorales compréhensives peuvent encourager la natalité au lieu de la pénaliser. D'autre part, le financement par la collectivité, de constructions et de restaurations immobilières nécessaires peut, comme le montrent les auteurs, se concilier avec une politique de loyers à la fois équitable et prévoyante dont les trente dernières années ont fait perdre la mémoire aux Français. Des caisses autonomes bien dirigées peuvent ressusciter la construction et assurer à la famille modeste le logis accueillant et décent qui est l'une des meilleures défenses contre l'alcoolisme et la tuberculose.

Détourner vers d'autres cultures l'activité exagérément viticole de certaines contrées, surveiller la distillation sans faiblesse, aiguiller vers l'industrie l'excédent de production, sera un frein à l'alcoolisme plus efficace que les outrances tyranniques dont l'Amérique a dû se déprendre.

Nous ne saurions ici-même résumer les idées neuves et raisonnables qui se rencontrent à chaque page ; une lecture, instructive et agréable, ne se remplace pas et peut seule induire aux méditations nécessaires.

Lutte contre l'alcool, la tuberculose et le taudis, lutte contre la mortalité, des jeunes surtout, sont mesures de longue haleine et à incidence différée.

Comme mesure à incidence rapide, l'immigration peut être un remède si elle est sagement ménagée et si les mesures dont nous avons parlé ci-dessus sont appliquées avec persévérance.

Les pages consacrées à la clinique, aux indications, à la pratique curatrice de l'immigration raisonnée, à ses séquelles aussi, favorables ou dangereuses sont issues de la pensée médicale, la meilleure et la plus vigoureuse, qui place à son bon rang chaque donnée du problème et pour les directives et la pratique conclut avec audace, bon sens, prudence et ingéniosité. Il n'y a pas une, il y a des immigrations, les unes souhaitables, les autres indésirables, les unes insuffisantes, les autres excessives, selon les temps et les lieux ; la géographie, l'ethnographie, les notions culturelles, les conditions industrielles doivent en régler les principes et le rythme. L'immigration bien conduite doit enrichir le pays par une francisation de bon aloi et trouver dans la natalité autochtone son tempérament nécessaire.

C'est donc à chaque page de leur vivante étude que MM. Debré et Sauvy présentent à leurs lecteurs la nécessité, pour réussir, des actions conjointes dans les divers domaines. De même que les causes de déchéance sont multiples, multiples doivent être les remèdes ; aussi interférentes que sont les actions nocives, les remèdes doivent interférer et s'associer et se renforcer. Aussi bien s'agit-il ici de manifestations de la vie dont l'action est toujours multiforme. Aussi n'était-il pour en bien écrire de meilleure plume que médicale et pour en raisonner de meilleur esprit que celui d'un clinicien éprouvé.

R. Levent.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

22 janvier. — M. Cardon. — La cirrhose angiomateuse.

M. Larroquette. — Syndrome d'hypertension artérielle et intracranienne associées.

M. Schweb. — Action des dérivés sulfones dans la tuberculose.

M. Morin. — La maladie de Kienböck.

M. Bodkier. — Luxations traumatiques basses de la hanche.

M. Ayach. — Maladie de Dercum.

M. Blanc. — Traitement de l'asthénie grave par les sels d'or et la tuberculine.

M. Sébillotte. — Contamination tuberculeuse et sensibilité tuberculinique.

M. Baud. — La lymphocytose benzénique.

M. Rotenberg. — Infection hépatique secondaire à l'infection ombilicale.
M. Magd. — Enchevillement central temporaire par broche de Kirschner.
M. Kieselstein. — Contribution à l'étude des ulcères des faces de l'estomac.
M. Krief. — Formes neuro-végétatives de l'amibiase intestinale chronique.
M. Gosset. — Reflux des sucs alcalins duodénaux dans l'estomac par le tubage gastrique.
Mme Blondel. — Péritonites à pneumocoque au cours de la néphrose lipoïdique.
M. Barrière. — Traitement par la pénicilline du pemphigus épidémique du nourrisson.
Mlle Flint. — Forme pseudo-paralytique de l'ostéomyélite du nouveau-né.
M. Hébert. — Electro-choc dans le traitement de psychose-maniaco-dépressive.
M. Mayer. — Leucémie lymphatique chez les vieillards.

23 janvier. — M. Fruchard. — Le diabète rénal.
M. Gourvize. — Classification des tuberculoses cutanées.
M. Schmidt. — Dysmenorrhées essentielles.
M. Gonnard. — La méthionine en biologie.
M. Sarrabère. — Les sulfamides en stomatologie.
M. Simon. — Traitement du cancer de la prostate.
M. Aurbach Sender. — Surdité foudroyante syphilitique.
M. Rofidal. — Mastoïdites jugodigastriques fistulisées dans le pharynx.
M. Aitoff. — De l'emploi du nylon en chirurgie oculaire.
M. Hirschberg. — Traitement des dacryocystites et péricystites.
M. Maër. — Hygiène des camps militaires.

THESES VETERINAIRES

22 janvier. — M. Frebling. — Considérations sur les eaux rousses du mouton.
M. Fournier. — Manifestations ostéo-articulaires de la tuberculose chez les animaux domestiques.
M. Barthélémy. — Principales espèces animales domestiques.
M. Henniaux. — Sarcoptides psoriasiques du lapin et du cobaye.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 25 février 1947

Nomination de deux membres émérites. — MM. Vallée et Couvelaire sont, sur leur demande, élus à l'unanimité Membres émérites. Leurs places sont donc déclarées vacantes.

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire par suite du décès de M. Gaston Roussel.

Tuberculoses locales, ostéroarticulaires ou viscérales. Tuberculose pulmonaire et loi de Marfan. — M. Armand-Delille. — Les tuberculoses locales, osseuses ou viscérales ne constituent jamais de manifestations autonomes mais sont la conséquence de localisations électives après une bacillémie trop souvent méconnue. Il existe toujours d'autres foyers latents qui peuvent se réactiver, en particulier lors d'une intervention chirurgicale sur le foyer caséeux.

On pourrait donc étudier la loi de Marfan et la formuler comme suit : « Tout sujet qui a présenté un foyer de tuberculose caséeux, osseux, viscéral ou pulmonaire et a guéri est presque toujours à l'abri d'une nouvelle production caséeuse mais non d'une dissémination miliaire. »

On peut donc dire que toute tuberculose locale est la manifestation d'une infection générale comportant d'autres foyers latents susceptibles de réveil ; elle nécessite donc un traitement général en particulier cure sanatoriale avec héliothérapie, qui doit toujours précéder l'intervention chirurgicale.

Discussion : M. Bezançon.

La substitution du chien au lapin pour les vaccinations antirabiques. — MM. Remlinger et Bailly. — A l'Institut Pasteur de Tanger divers motifs ont conduit à remplacer comme animal fournisseur de vaccin de lapin par d'autres animaux. Le chien est devenu actuellement d'un emploi habituel. Les chiens errants non réclamés sont, après une période d'observation suffisante, préparés par inoculation sous-occipitale. Le vaccin obtenu a donné des résultats satisfaisants chez l'animal ; on l'emploie couramment actuellement pour l'administration à l'homme. Il possède l'avantage de ne jamais donner de ces accidents de choc, longtemps attribués à l'acide phénique et qui sont en réalité dus au sérum du lapin. L'emploi de l'acide phénique a, de son côté, l'avantage de protéger le vaccin contre toute infection par un virus de rue dont le chien aurait déjà été porteur.

Présence du virus de la « Q fever » dans le Maroc méridional. — MM. Blanc, L.-A. Martin et J. Maurice. — Il existe un foyer de « Queensland fever» dans le sud marocain, dans la région de Goulimie ; le virus a été isolé de certaines tiques très répandues sur les animaux domestiques ou même, en certaines saisons, sur le sol du lieu de séjour des troupeaux.

Le cobaye, animal réceptif, fait après inoculation sous-cutanée ou intrapéritonéale, une infection fébrile de quatre à sept jours ultérieurement immunisante. Divers autres animaux sont également réceptifs.

Le virus isolé est une Rickettsia. Il n'immunise pas contre le typhus, la fièvre boutonneuse, la fièvre pourprée ni la fièvre fluviale, mais immunise conre la Q. fever américaine.

Quelques notes sur le traitement du tétanos. — M. Couvy (Présentation faite par M. Tanon). — Une partie de la population échappera sans doute toujours aux bienfaits de la vaccination ; la mortalité du tétanos reste élevée malgré les progrès de la thérapeutique : anesthésie générale, séro-anatoxithérapie, etc. Une des causes probables des insuccès est, même lorsque la toxine est libre ou libérée des centres nerveux, l'imperméabilité de la barrière vasculo-méningée qui empêche les substances actives de diffuser utilement vers les centres nerveux.

L'urotropine a montré dans divers cas (méningite cérébrospinale, syphilis, traitements arsenicaux) sa diffusibilité vers les centres nerveux et la faculté qu'elle possède d'entraîner des médicaments qui ne diffuseraient pas à eux seuls.

Un traitement comprenant des injections d'urotropine alliées à la sérothérapie a, chez 17 tétanos très graves survenant chez des sujets d'âges divers, donné 16 guérisons et un seul décès.

Le traitement par l'urotropine est sans danger et peut se combiner à n'importe lequel des autres traitements.

Nomination d'une Commission. — A la suite d'une récente communication de M. Clément et dans le but de réviser le dosage des diverses vitamines, une Commission est nommée, constituée par Mme Randoin et MM. Lesné, André Mayer, Gabriel Bertrand, Ribadeau-Dumas, Charles Richet, Fabre.

(Suite de la page 150)

Prix Lévy Franckel, 750 francs. — Récompense à un élève méritant de la clinique médicale Hôtel-Dieu (inscription jusqu'au 31 mai 1947).

Prix Legroux (au titre de 1940, 2.000 francs et 2.000 au titre de 1945). — Meilleur travail sur le diabète, ses causes et son traitement (inscription jusqu'au 31 mai 1947).

Prix Léon Frey (5.000 francs au titre de 1944 et 5.000 francs au titre de 1946). — Récompense au meilleur mémoire sur la stomatologie (inscription jusqu'au 31 mai 1947).

Prix Saintour. — Travaux sur les sujets suivants : 1er sujet : « Le traitement dans les accidents respiratoires de la poliomyélite « ; 2e sujet : « Les néphropathies de la grossesse » ; 3e sujet : « Les dystonies de la vésicule biliaire ». Chaque sujet comporte un prix de 10.000 francs. — Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté jusqu'au 31 mai 1947, sans désignation d'auteur, mais avec une épigraphe pour la faire connaître.

II. — Bourses destinées à venir en aide à des étudiants méritants et peu fortunés régulièrement inscrits pour l'année scolaire 1946-47.

Anonyme, 2.800 francs. — Bourse à des étudiants méritants et sans fortune (inscription jusqu'au 30 avril 1947).

Carville, 1.200 francs. — Deux bourses au profit de deux étudiants français laborieux et peu fortunés (inscription jusqu'au 30 avril 1947).

Chauffour, 750 francs. — Bourse à un étudiant distingué et peu fortuné (inscription jusqu'au 30 avril 1947).

Corvisart, 1.200 francs. — Aide à deux étudiants de nationalité française peu fortunés et dignes d'intérêt (inscription jusqu'au 30 avril 1947).

Demarle, 350 francs. — Bourse à un étudiant méritant (inscription jusqu'au 30 avril 1947).

Dieulafoy, 6.000 francs. — Bourses à trois étudiants français méritants sans fortune ou peu fortunés (inscription jusqu'au 30 avril 1947).

Faucher, 1.000 francs. — Exonération totale ou partielle des frais de scolarité et d'examen pour deux étudiants français et deux étudiants polonais (inscription jusqu'au 30 avril 1947).

Hervieux, 3.200 francs. — Aide à deux étudiants méritants et sans fortune (inscription jusqu'au 30 avril 1947).

Lannelongue, 450 francs. — Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne (inscription 30 avril 1947).

Malterre. — Aide à un ou plusieurs étudiants français méritants ou sans fortune (inscription jusqu'au 30 avril 1947).

Marjolin, 4.000 francs. — Remboursement total ou partiel des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude, ayant recueilli avec soin les observations dans leur service. Joindre à la demande les certificats des chefs de service (inscription jusqu'au 30 avril 1947).

De Rothschild, 2.000 francs. — Bourses à deux étudiants de préférence israélites (inscription 30 avril 1947).

Prix Segond, 5.000 francs. — Bourses à des internes ayant fait leurs preuves qui préparent le concours d'adjuvat ou qui ont obtenu le titre d'aide d'anatomie (inscription 30 avril 1947).

De Tremont, 2.000 francs. — Bourse à un étudiant méritant et sans fortune (inscription jusqu'au 30 avril 1947).

Veret, 400 francs. — Bourse à un étudiant méritant et sans fortune (inscription jusqu'au 30 avril 1947).

Vrain, 2.000 francs. — Aide à un étudiant, fils de médecin ou d'instituteur de préférence, préparant l'internat et digne d'intérêt (inscription jusqu'au 30 avril 1947).

Prix Jean Assoun, 15.000 francs. — A décerner à un étudiant de la Faculté de médecine de Paris reçu dans les cinq premiers au concours de l'internat, et qui, par sa situation de fortune, sera jugé le plus digne de se le voir attribuer.

III. — Bourses municipales. — Ces bourses ont pour objet de venir en aide aux étudiants méritants et peu fortunés. Elles sont réservées, en principe, aux étudiants fréquentant les cours de la Faculté depuis un an, au moins.

Les candidats doivent être nés soit à Paris, soit dans le département de la Seine où les parents doivent y être domiciliés depuis cinq ans au moins au 1er octobre 1946.

Les demandes établies sur papier timbré à 20 francs (sauf pour les pupilles de la Nation) et accompagnées, soit du travail ou de l'appareil à récompenser, soit pour les bourses destinées à venir en aide aux étudiants d'un état de situation de fortune certifié, devront parvenir à M. le Doyen, au plus tard, aux dates mentionnées ci-dessus.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté, de 16 à 17 heures (bureau du secrétaire-adjoint), le lundi de chaque semaine).

CHRONIQUE

Leçon inaugurale du professeur Ferrabouc au Val-de-Grâce

La chaire d'hygiène du Val-de-Grâce est une grande chaire ; occupée d'abord par Michel Lévy, en 1836, elle fut la chaire de Villemin, de Vallin, de Laveran et, dans ces dernières années, elle eut pour titulaire le bien regretté Sacquépée, puis Pilod et enfin Codvelle.

Tous les titulaires de cette chaire ont donc été des maîtres dont peut s'enorgueillir le service de Santé militaire, plusieurs ont été d'illustres savants dont la renommée est mondiale.

La prise de possession de cette chaire par M. le professeur Ferrabouc était donc un événement auquel de nombreux amis de la glorieuse Maison ont tenu à s'associer ; aussi le grand amphithéâtre de l'École d'application était-il manifestement trop petit pour les contenir.

Au premier rang se trouvaient MM. les médecins généraux inspecteurs Arène et Jame, le professeur Tanon et le Dr Cavaillon, secrétaire général de la Santé. A leurs côtés, les médecins généraux inspecteurs Rouvillois, ancien président de l'Académie de médecine, Vaucel, directeur du service de Santé de la France d'Outremer, Baudet, Costedoat, le médecin général de 1re classe Le Chuiton, directeur du service de Santé de la Marine, le médecin général Clerc, de l'Air, les médecins généraux inspecteurs Sieur, Toubert, Dopfer, Gay-Bonnet, Lecomte, Rieux, MM. Poy, Ameuille, président de la Société médicale des Hôpitaux, Faroy, Huber, président de l'Union fédérative des médecins de réserve, le professeur Sézary, M. Dujarric de la Rivière, de l'Institut Pasteur, le professeur Piédelièvre, MM. Raoul Monod, Deniker, Latouche (d'Autun), Huguenin, Deparis, Navarre, Neveu, Clerc, Boyer.

M. le médecin général Hugonot, directeur de l'Ecole d'application, présenta le nouveau professeur en une très élégante allocution. Il affirma la volonté du service de Santé de vivre, en dépit des difficultés qui l'assaillent. N'est-ce pas au Val-de-Grâce qu'on trouve les meilleures raisons d'espérer et de persévérer ?

M. le médecin général Hugonot salua enfin les personnalités présentes et transmit les regrets du médecin général Debenedetti, directeur général du service de Santé militaire, qu'un empêchement imprévu empêcha d'assister à la leçon inaugurale.

M. le professeur Ferrabouc prit alors la parole. Avec une simplicité et une finesse charmantes, il rappela d'abord ses souvenirs de jeunesse, son début dans le corps de Santé, les hasards de la vie militaire qui le firent habiter dans plusieurs villes de France et de l'étranger.

Pendant ses séjours à Paris, il put devenir l'élève de Widal, puis de Tanon. Nommé agrégé du Val, il fut chargé d'un service de dermatologie et se félicita souvent d'avoir travaillé aux côtés du professeur Sézary.

Maintenant il est appelé à succéder à Sacquépée, Pilod et Codevelle. En parlant de ses éminents prédécesseurs, il fait un éloge émouvant de Sacquépée.

L'enseignement de l'hygiène fait aborder les sujets les plus variés. C'est ainsi que M. le professeur Ferrabouc eut à étudier l'hygiène des habitations et l'hygiène du vêtement. Incidemment, il montre comment les médecins allemands ont ignoré l'hygiène la plus élémentaire pendant la guerre, du moins lorsqu'il s'agissait de leurs victimes. Après un rappel du procès de Nuremberg, il déclare qu'il n'y a plus de place pour les médecins allemands à la table commune. Et sa déclaration est vigoureusement applaudie.

Comme toute la leçon, l'exposé du programme d'enseignement fut de très haute tenue.

M. le professeur Ferrabouc sut dégager avec autorité le rôle prépondérant que doit prendre l'hygiène dans la formation médicale. Ce rôle est encore plus important pour la formation du médecin militaire qui a le devoir de protéger les jeunes soldats particulièrement exposés par leur âge et par leur changement de vie.

C'est, en effet, au médecin militaire que revient la lourde responsabilité de l'hygiène du corps et de l'hygiène morale. Il doit aussi se souvenir qu'il a un rôle social à remplir ; ce n'est pas le moindre, il est à la base de toute prophylaxie.

Et c'est avec raison que le professeur Ferrabouc, en conclusion de sa très belle leçon, peut déclarer aux médecins lieutenants, ses élèves : La médecine préventive, science d'aujourd'hui, est la médecine de demain.

F. L. S.

Inauguration d'un médaillon Maurice Villaret

L'inauguration du médaillon qui sera apposé en souvenir du professeur Maurice Villaret dans l'amphithéâtre de la clinique propédeutique de l'hôpital Broussais-La Charité, service du professeur Pasteur Vallery-Radot, aura lieu le mercredi 12 mars, à 11 heures.

Les souscriptions sont encore reçues à la Librairie Baillière, 19, rue Hautefeuille, Paris.

N° 11. — SAMEDI 15 MARS 1947 120e ANNEE Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance, s'adresser directement à nos bureaux.

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef :* Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France	356 fr.
au lieu de	375 fr.
Un an : étudiant	190 »
au lieu de	200 fr.
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat en médecine 1946

Epreuves orales

Séance du mardi 4 mars 1947, à 16 heures

Notes attribuées. — MM. Damoiseau, Bernard, 10 ; Verlet, Jean, 15 ; Mme Cotlenko, née Pétin, 16 ; Uro, Jean, 20 ; Cartier, Robert, 13 ; Naudin, Pierre, 19 ; Silvestre, Jean, 15 ; Pinchon, Serge, 24 ; Coquard, Philippe, 20 ; Cornillot, Robert, 12.

Questions sorties : Signes et diagnostic du zona intercostal.

Signes cliniques de la coxalgie non compliquée.

Séance du mardi 4 mars à 20 heures

Notes attribuées. — MM. Martinetti, Joseph, 15 ; Hennequet, André, 13 ; Calendrier, Louis, 22 ; Lebas, Raymond, 11 ; Púyo, Georges, 18 ; Martin, Pierre, 24 ; Lacourbe, Robert, 18 ; Cellerier, René, 19 ; Hacker, Raymond, 19.

Questions sorties : Signes et diagnostic des paralysies faciales périphériques.

Complications de l'avortement provoqué.

Séance du mercredi 5 mars à 16 heures

Notes attribuées. — MM. Savoie, Jean, 17 ; Flament, Jean, 20 ; Lecointre, Claude, 15 ; Hazard, Jean, 17 ; Giraud, Gabriel, 13 ; Challe, Jean, 14 ; Mikol, Claude, 13 ; Meunier, Francis, 16 ; Carage, Philippe, 17 ; Avril, Jean, 14.

Questions sorties : Signes, diagnostic et traitement du coma diabétique.

Hernie inguinale étranglée.

Séance du mercredi 5 mars à 20 heures

Notes attribuées. — MM. Bardiaux, Maurice, 14 ; Séjournet, Gérard, 19 ; Joyeux, Pierre, 12 ; Lamare, Jean, 21 ; Held, Jean, 19 ; Lécuyer, Roland, 14 ; Marchand, Jean, 18 ; Dejours, Pierre, 21 ; Malinas, Yves, 16.

Questions sorties : Formes cliniques de la péritonite tuberculeuse.

Signes et diagnostic du cancer de l'œsophage.

Concours de médecin des hôpitaux (Sous-admissibilité)

Total des rangs, sont admissibles : MM. 1. Nick, 17 ; 2. Laroche, 19 ; 3. Castaigne, 20 ; 4. Chassagne, 24 ; 5. Bricaire, 25 ; 6. Tricot, 28 ; 7. Mlle Feder, 36 ; 8. Mlle Lotte, 38 ; 9. Bastin, 40 ; 10. Chiche, 41 ; 11. Lafon, 43 ; 12. Gerbeaux, 44.

Total des rangs, non admissibles : MM. 13. Callerot, 46 ; 14. Alison, 48 ; 15. Ordonneau, 49 ; 16. Mande, 53 ; 17. Richet, 59 ; 18. Loëper, 64 ; 19. Deuil, 64 ; 20. De Lignière, 67 ; 21. Vialatte, 69 ; 22. Delzant, 71.

Admissibles définitifs. — Jury : MM. les Drs Clément (Robert), May Bénard (René), Ameuille, Mollaret, Boltanski, Caroli, Garcin, Chevalley, Hagueneau, Flandin, Binet.

Hôpital Rothschild

Un concours est ouvert pour la nomination d'un médecin consultant de neurologie et d'un médecin consultant d'orthopédie à l'hôpital Rothschild.

Les candidats sont priés de bien vouloir adresser leurs demandes, accompagnées de toutes pièces justificatives, au directeur de l'hôpital, 15, rue Santerre, Paris (12e), jusqu'au 30 avril 1947 inclus.

Le concours d'internat de l'hôpital Rothschild est reporté au lundi 21 avril 1947.

Clôture des inscriptions le lundi 31 mars 1947.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Huet (Maurice), Claverie Roger), Delmas-Saint-Hilaire (Guy), Chevaix (René), Chabat (Abel), Dantin (Michel), David-Chaussée (François), Mareigne (Etienne) ; Mlles Boyer (Jenny), Lartigaut (Denise) ; MM. Marsaud (Jean), Leroy (Hugues), Thomas (Yvon), Pellet (Charles), Catros (Pierre), Bricaud (Henri), Forissier (Pierre), Junes (Clément), Traissac (Jacques), Raveteau (Raphaël), Riu (Robert), Lebreton-Oliveau (Guy), de Verbizier (Jean) ; Mlle Laborde (Lydie) ; M. Courson (Bernard) ; Mlle Rieu (Geneviève) ; MM. Rosoy (André), Gacougnolles (Marcel), Thielley (Michel), Debedat (Guy), Pilon (Louis), Delrieu (André) ; Mlle Clarac (Françoise) ; MM. Resillot (André), Mulet (Max) ; Mlle Boutitie (Jacqueline) ; MM. Bouchacourt (Alain), Roussillon (Jean-Pierre), Martin (Camille), Dubecq (Jean-Paul).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Stages du deuxième semestre. — Les étudiants qui n'ont pas encore désigné le stage du deuxième semestre devront adresser une demande sur timbre à M. le Doyen pour être autorisés à s'inscrire.

Tout retard sera sanctionné par un stage complémentaire à accomplir pendant les vacances.

Concours d'entrée aux écoles de sages-femmes (6 et 7 juin 1947). — Dossiers à fournir avant le 1er avril 1947 (J. O. du 14 février 1947).

Pour tous renseignements, s'adresser aux directeurs régionaux de la Santé et pour la Seine, au Bureau d'Hygiène, 11, rue des Ursins.

LEGION D'HONNEUR. TRAVAIL

CHEVALIER. — Mlle Pithon, médecin conseil de la Sécurité sociale.

Distinction honorifique

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le professeur Ferrabouc (Val-de-Grâce) ; le Dr Guille, à Sierck-les-Bains ; le Dr Mallet, à Brienon ; le Dr Marot, à Tarbes ; le Dr Pédron, à Saint-Brieuc.

OFFICIER D'ACADÉMIE. — Le Dr Philippe Encausse, à Paris ; le Dr Mouillard, à Besançon.

TRAVAIL

Honoraires des médecins. — Le J. O. du 8 mars publie une circulaire du ministre adressée aux directeurs régionaux de la Sécurité sociale, relative à un certain nombre de décisions intéressant le corps médical.

En premier lieu, la commission a confirmé que la valeur de la lettre-clé K, qu'elle a fixée par voie d'autorité au cours de sa réunion du 4 octobre 1946 pour les départements dans lesquels aucune convention n'est intervenue entre la caisse régionale de la S. S. et le Syndicat des médecins, est applicable tant en ce qui concerne les interventions pratiquées à domicile que dans les établissements de soins privés.

D'autres décisions s'adressant à différents départements font l'objet de tableaux publiés dans le même numéro du J. O.

Prix du Prince Albert Ier de Monaco. — L'Académie de médecine, en comité secret, vient de désigner le sujet mis au concours pour 1947. Sur le rapport de M. Georges Labey, elle a choisi, à une forte majorité, l'ECHINOCOCOSE. Ainsi le prix de 100.000 francs ira récompenser les admirables travaux du professeur Dévé, de Rouen, qui depuis 45 ans a attaché son nom à l'étude de cette maladie.

Association des Anatomistes. — La séance d'ouverture de la XXXIVe réunion de l'Association des Anatomistes aura lieu le lundi 31 mars, à 9 heures, au grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence de M. le professeur J. Jolly, de l'Institut, président de l'Académie de Médecine.

Secrétariat général : 31, rue Lionnois, Nancy.

Inauguration de deux plaques commémoratives à la Pitié. — Le 15 mars à 10 heures 50, aura lieu dans le service du Dr Huet, l'inauguration de deux plaques en souvenir de Clément Roche, externe des hôpitaux (1922-1944) et de Georges Jagello, interne des hôpitaux (1915-1943), fusillés par les Allemands.

U. M. F. I. A. — Le Conseil d'administration de l'Union Médicale Latine (U. M. F. I. A.), fera célébrer le jeudi 20 mars, à 11 h. 1/2 précises, en l'église espagnole, 51 bis, rue de la Pompe, Paris (16e) une messe commémorative à la mémoire de ses regrettés présidents les docteurs Dartigues, Bandelac de Pariente et le professeur Cunéo, du vice-président le Dr Joseph Rivière et du secrétaire général, le Dr Raymond Molinery.

Les membres et amis de l'U. M. F. I. A. sont invités à assister à cette cérémonie.

Hôpital Foch à Suresnes

M. le professeur agrégé Kourilsky.

M. le professeur agrégé Merle d'Aubigné.

La Fondation Foch, malgré son éloignement, est d'un accès facile. Les étudiants suivant les stages peuvent y être facilement à 9 h. 30 et en repartir suffisamment à temps pour les cours et travaux pratiques.

Il existe deux moyens principaux :

1° Le métro jusqu'au pont de Neuilly, l'autobus 144 et descendre à la station : rue du Bac, à Suresnes ;

2° Le métro jusqu'à la gare Saint-Lazare, le train et descendre à la gare de Suresnes.

Les heures de départ des trains à Saint-Lazare sont : 8 h. 14, 8 h. 44, 9 h. 01, 9 heures 16.

Les heures de retour sont les suivantes : 12 h. 01, 12 h. 16, 12 h. 31, 12 h. 46, 13 heures 01.

La durée totale du transport est de quarante minutes.

Les étudiants en médecine habitant les régions limitrophes (Suresnes, Puteaux, etc.), ou habitant à proximité de la gare Saint-Lazare ou du pont de Neuilly peuvent s'y rendre très rapidement.

IVe Congrès international de Microbiologie

Le IVe Congrès international de Microbiologie se tiendra à Copenhague, du 20 au 26 juillet 1947, sous la présidence du Dr Th. Madsen.

Le Congrès comprendra neuf sections : 1. Microbiologie générale (sous la direction de K. A. Jensen). — 2. Bactériologie médicale et vétérinaire (sous la direction de H. C. Bendixen). — 3. Les virus filtrables et les maladies causées par les virus (sous la direction de J. Orskov). — 4. Sérologie et immunologie (sous la direction de Martin Kristensen). — 5. Mutation et variation des micro-organismes (sous la direction de O. Winge). — 6. Pathologie végétale et mycologie (sous la direction de N. F. Buchwald). — 7. Microbiologie du sol (sous la direction de Erik Petersen. — 7 bis. Microbiologie de l'eau (sous la direction de Erik Jensen). — 8. Microbiologie des produits laitiers et de la nourriture (sous la direction de Erik Olsen). — 9. Microbiologie industrielle (fermentations alcooliques et autres) (sous la direction de Holger Jörgensen).

De plus, il y aura quatre sessions générales ainsi réparties : Antibiotiques (S. A. Waskman). — Virus (F. C. Bawden). — L'assimilation du dioxyde carbonique (C. H. Werkman). — La levure dans les génétiques modernes (O. Winge).

L'inscription coûtera 30 couronnes danoises, qui ne comprennent pas le prix du banquet, ni le volume des comptes rendus du Congrès.

Etant donné les difficultés du logement, les délégations devront retenir leur place par l'intermédiaire du secrétariat du Congrès avant le 1er mai 1947. (Arrhes : 15 couronnes danoises.)

Association Amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris

Le Bulletin de l'Internat de Paris vient de reparaître. Les collègues qui ne l'ont pas reçu sont priés de faire connaître leur adresse au secrétariat de l'Association, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (6e).

M. **Arnette** procède, avec son dévouement habituel, au regroupement des anciens internes et recherche principalement les adresses de ceux qui se sont installés depuis 1938.

Une nouvelle édition de l'Annuaire des anciens internes des hôpitaux de Paris est en effet en préparation. Veuillez donc donner les adresses des jeunes collègues installés dans votre région. Il est de l'intérêt de tous que cet annuaire soit le plus complet possible.

Le secrétaire de l'Association : Robert FASQUELLE.

F. E. M.

Aide aux veuves et orphelins de médecins

La Société de Secours Mutuels aux Femmes et Enfants de Médecins, dite F. E. M., 60, boulevard de Latour-Maubourg, a, au cours de l'année 1946, reçu des Laboratoires de Spécialités pharmaceutiques, la somme de 94.900 francs, se décomposant ainsi :

2 dons de 10.000 francs (Laboratoire du Dr Debat, Société Thermale de Bourbonne-les-Bains) ;

3 dons de 5.000 francs (Laboratoire Ronchèse, Bruneau, Specia) ;

3 dons de 3.000 francs (Laboratoire Drout, S.I.T.S.A. Pierre Rolland), Catillon ;

9 dons de 2.000 francs (Laboratoires Astier, Bottu, Comar et Cie, Deglaude, Delagrange, Heudebert, Nativelle, Lab. Institut Pasteur, du Dr Roussel).

20 dons de 1.000 francs (Lab. Bailly, Roger Bellei, Roger Bellion, Choay, Houdé, Lebrun, Lescène, Letulle, Leva, Lobica, Mauchamp, Midy, Mouneyrat, Oberlin, du Dr Pinard, Robert et Carrière, Henri Roger, Scientia, du Dr Zizine, Société Thermale de Divonne-les-Bains) ;

19 dons de 500 francs (Laboratoires de Biochimie médicale, Biomarine, Bonthout, Curatine Brunet, Alph. Brunot, Crinex-Uvé, Deslandres, Famel, Freyssinge, Fournier, Lematte et Boinot, Nestlé, Albert Rolland, Sandoz et Synthol, Société des Eaux de Pougues, Dax, Vals Saint-Jean, Luxeuil, Salies-de-Béarn).

6 dons de 300 francs (Laboratoires Corbière, Albert Ranson, Vilette, Monal, Vernin, Société des Eaux minérales) ;

6 dons de 200 francs (Laboratoires Carron, Dumesnil, Longuet, Martinet, Mayoly-Spindler, Soudan) ;

4 dons de 100 francs (Laboratoires Amido, Leprince, Réaubourg, Pautauberge).

En l'absence du Bal de la Médecine, dont l'organisation sera reprise en 1947, ces dons généreux ont permis de secourir un certain nombre de veuves et d'orphelins de médecins dont la détresse à l'époque actuelle est particulièrement angoissante.

LES ACTUALITÉS MÉDICALES PRATIQUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

La grossesse extra-utérine

Diagnostic et traitement (1)

par P. FUNCK-BRENTANO

Inclure le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine dans un cycle de conférences d'actualité pratique pourra sembler un paradoxe. D'aucuns, en une réminiscence de leur studieuse jeunesse, murmureront la première phrase des caractères de La Bruyère : « Tout est dit et l'on vient trop tard, depuis plus de sept mille ans qu'il y a des hommes, et qui pensent. » Cependant, de même qu'il est des hommes qui, à la fin d'une longue vie, demeurent d'une permanente jeunesse, de même la grossesse ectopique, avec un passé de longues études, demeure d'une permanente actualité. J'en veux pour preuve les nombreuses recherches de laboratoire récemment faites pour en asseoir le diagnostic ; j'en veux pour preuve les erreurs de diagnostic dont elle est encore, souvente fois, l'objet. Actualité scientifique, donc. J'ajouterai : actualité nationale, en notre pays où le problème démographique commande, plus qu'en toute autre nation, la préservation de la femme jeune et de son potentiel de maternité.

Reprenant la division établie par Segond, en 1898, au Congrès de Chirurgie de Marseille, je limiterai le sujet à l'étude de la grossesse extra-utérine avant le cinquième mois. En fait, il est bien exceptionnel qu'une gravidité ectopique dépasse l'étape du deuxième mois sans avoir imposé, par un diagnostic bien établi ou par une complication d'alarme, l'intervention chirurgicale.

Mondor a écrit : « Je suis convaincu du grand nombre des « grossesses extra-utérines ignorées avant et pendant leurs plus « gros accidents ; *avant* parce qu'on attend, à tort, des signes « francs de grossesse et des signes topographiques de grosseur « latéro-utérine. *Pendant* les accidents aussi, parce qu'on attend « des signes cataclysmiques qui ne sont pas la règle. »

Du point de vue de la pratique médicale courante, étudier le diagnostic de la grossesse extra-utérine avant et pendant ses accidents graves, c'est en étudier la symptomatologie :

Avant, dans le cabinet du médecin, la jeune femme venant consulter. C'est l'étape anatomique de l' « hématosalpinx »

Pendant, au chevet de la malade en état de mort imminente, le praticien étant appelé d'urgence par un mari et une famille affolés. C'est l'étape anatomique de l' « inondation péritonéale ».

Entre ces deux extrêmes, se place le tableau clinique de l'inondation endiguée ou « hématocèle ».

L'étude clinique de la grossesse extra-utérine se fait donc en un tripartisme, pour une fois opportun.

L'HEMATOSALPINX GRAVIDIQUE

I. — DANS LE CABINET DU MÉDECIN. — Les signes classiques de *l'hématosalpinx* gravidique donnent *l'illusion* de l'évidence. Ils se groupent suivant deux éventualités différentes, suivant que la femme ignore ou connaît sa grossesse.

A. — *La femme ignore sa grossesse.* — Pinard a pu dire : « La femme enceinte n'est pas plus réglée pendant la grossesse « ectopique que pendant la grossesse normale. » Comment, dans ces conditions, une femme porteuse de grossesse extra-utérine peut-elle ignorer son état de gravidité ? C'est que la grossesse extra-utérine peut se manifester cliniquement avant les règles attendues. C'est que, chez des femmes mal réglées, elle peut s'accompagner d'irrégularités des règles ou de leur arrivée prématurée qui n'étonneront pas la patiente.

Chez toute femme jeune, le médecin sera alerté par les modifications des règles, modifications dans *le temps*, modifications en *qualité*, modifications en *quantité* (pertes peu abondantes, sépia, chocolat).

Ces signes s'accompagnent de *douleurs* classiquement vives, mais souvent discrètes, en quelque sorte « habituelles » chez des femmes nerveuses et introspectrices. Il s'y ajoute parfois des *poussées thermiques peu accentuées.*

B. — *La femme connaît sa grossesse.* — Un arrêt des règles, des signes sympathiques ont permis à la femme d'affirmer qu'elle est « prise ».

Si elle a présenté des grossesses normales antérieures, elle s'inquiète de l'atypie de celle-ci : grossesse douloureuse avec petites pertes colorées. D'autres fois, elle craint la menace d'une fausse couche qui lui semble annoncée par les pertes sépias et les douleurs.

(1) Conférence faite à la Faculté de Médecine le 31 janvier 1947.

C. — *L'examen* en fait *classiquement* le diagnostic : il n'est rien perçu à la palpation. C'est *le toucher combiné au palper* qui donne la clef du problème. Le toucher sera doux, *précautionneux.* Nombreux sont les cas d'hématosalpinx rompus par le doigt offensif d'un jeune étudiant plus curieux que prudent.

Le doigt vaginal perçoit un col mou. Le palper précise les dimensions d'un utérus un peu gros, moins volumineux que le voudrait l'âge de la grossesse.

Enfin, et surtout, il est perçu *une petite masse annexielle* située dans le cul-de-sac latéral ou dans le cul-de-sac de Douglas. Elle est arrondie, molle, douloureuse et donne l'impression de *fragilité.* C'est ce que Mondor appelle « la petite chose » latéro-utérine.

En fait, les signes sont souvent moins nets, le diagnostic est difficile et cependant, C'EST MAINTENANT QU'IL FAUT FAIRE LE DIAGNOSTIC.

Si le praticien hésite, sa ligne de conduite devra être la suivante :

1° Un retard de règles suivi de douleurs discrètes, de petites pertes sanglantes, parfois d'élimination de caduque. Le col est mou et entr'ouvert. On pense à une *menace de fausse couche* avec réaction salpingienne.

La malade doit être mise au lit, en observation.

2° Crises douloureuses, état fébrile, masse annexielle sans retard de règles ou avec règles irrégulières, on pense à une *salpingite* dont on s'étonnera cependant de l'unilatéralité et de l'absence de pertes jaunâtres.

La malade doit être mise au lit, en observation.

3° Les signes de grossesse dominent. S'agit-il d'une *grossesse normale*, avec petite kyste de l'ovaire ? S'agit-il d'une grossesse angulaire ?

La malade doit être mise au lit, en observation.

II. — LA MALADE EST MISE AU LIT, EN SURVEILLANCE BI-QUOTIDIENNE. — Le médecin, que hante très heureusement la notion de la grossesse extra-utérine et de ses dangers, ayant placé la malade au repos absolu, va maintenant chercher d'autres éléments de diagnostic.

A. — *Est-ce une fausse couche?*

1. *L'étude de la caduque* peut, théoriquement, fournir d'utiles éclaircissements, comme l'a montré Moulonguet.

Le curettage, dans un but explorateur, sera formellement proscrit. Mondor insiste très justement sur l'intérêt que présentent, dans la « salle des femmes », des lits habituellement peu appréciés, occupés par les fausses couches. Le jeune interne peut parfois, sur l'illusion d'un avortement, curetter un utérus non gravide et ouvrir, d'une curette intempestive, une grossesse isthmique.

Si le curettage a eu lieu sans catastrophe, il est, pour Reeb, un signe important de grossesse extra-utérine : *la persistance des hémorragies après curettage, malgré le curettage.*

S'il est dangereux, dans le but d'étudier l'histologie de la caduque, de pratiquer un curettage diagnostique, que dire de la gravité que procure *la tentative d'avortement criminel?* Que de femmes sont mortes pour avoir essayé d'interrompre une grossesse, normale à leurs yeux, inopportune, mais non existante, alors qu'elles eussent eu la vie sauve si leur affolement ne leur avait pas interdit de consulter un médecin qui les eût conduites à l'intervention à la fois libératrice et salvatrice !

Inversement, l'avortement criminel peut poser un diagnostic difficile : celui d'utérus perforé et de grossesse extra-utérine au début de sa rupture. Mondor rapporte un cas bien intéressant dans lequel Reeb, hésitant, porta, en définitive, le diagnostic de perforation utérine à la suite d'un avortement provoqué par injection d'eau et d'alun, à cause de la défense musculaire perçue, défense musculaire qui fait défaut dans la grossesse ectopique.

C'est donc à la seule caduque, éliminée *spontanément*, qu'on aura le droit de demander des signes discriminatifs :

Si la caduque présente des villosités choriales, c'est qu'il s'agit d'une fausse couche. S'il n'y a pas de villosités choriales, c'est que la grossesse est ectopique.

Cette équation serait parfaitement valable si, outre la grossesse extra-utérine, la *dysménorrhée membraneuse* ne fournissait avec souvent un léger retard et toujours avec des douleurs vives, une caduque, elle aussi démunie de villosités choriales.

Nous ne retiendrons, pas plus que le curettage explorateur, car passible des mêmes dangers, *l'hystéro-salpingographie* préconisée, en 1937, par Bortini (de Milan).

2. *Le diagnostic biologique de la grossesse* pourra fournir une utile certitude. En effet, en cas d'avortement achevé, il sera négatif, alors qu'en cas de grossesse extra-utérine, il demeurera positif. C'est une ressource importante en cas d'élimination de caduque, si cette dernière n'a pas été l'objet d'un examen histologique.

En présence de cette femme méticuleusement observée, d'autres signes cliniques permettront-ils de trancher le diagnostic ?

3. *L'abondance des hémorragies externes* est un signe valable en faveur de l'avortement. Cependant il est assez fréquent que la grossesse extra-utérine provoque ses *deux vomiques* associées : hémorragie abdominale et hémorragie vaginale.

4. Si l'abondance des hémorragies externes est un signe de présomption en faveur de la fausse couche, les *syncopes* appartiennent plus volontiers au tableau de la grossesse extra-utérine. La syncope, même en dehors de toute irruption de sang dans le péritoine, demeure un signe important de la grossesse extra-utérine non rompu. Et cependant, on connaît bien les fausses couches à forme syncopale !

B. — *Est-ce une salpingite?*

La « salpingite » qui est mise en observation est, à vrai dire, peu typique et ne laisse pas d'inquiéter le praticien. En effet, elle s'accompagne de peu de fièvre, elle ne s'accompagne pas de leucorrhée et, surtout, elle est curieusement unilatérale.

Deux examens complémentaires semblent devoir, sans appel, préciser le diagnostic :

1° Le diagnostic biologique de la grossesse ;

2° La numération globulaire.

1. *Le diagnostic biologique de la grossesse* (et la majorité des auteurs préfèrent à la réaction d'Ascheim-Zondeck, la réaction de Friedman, plus rapide dans ses résultats) semble devoir, en effet, apporter la certitude. Dans la salpingite aiguë, la réaction sera toujours négative ; dans la grossesse extra-utérine, elle sera positive. Voilà une position qui paraît solide et qui permet de jeter les bases d'un diagnostic certain. En fait, ce n'est pas exact.

Mon élève, Jean Gorecki, qui a soutenu en 1935 une thèse intéressante sur l'*Etude Anatomo-Histologique et Physiohormonale des grossesses tubaires*, a en effet bien montré que si, dans la grossesse normale, le pourcentage d'erreur de la réaction biologique est négligeable (moins de 1 pour 1.000 de cas incorrectement positifs et environ 5 pour 1.000 de cas incorrectement négatifs) il n'en est pas de même lorsque la gravidité est juxta-utérine. *L'œuf mort ectopique qui, cependant, ne met pas à l'abri des complications*, s'accompagnera, de toute évidence, d'une réaction négative. En outre, du fait de l'absence de nidation utérine, Gorecki signale que, dans l'ensemble, 60 % seulement des grossesses extra-utérines s'accompagnent d'une réaction positive. Le diagnostic de laboratoire ne donne donc pas toujours au praticien le fil d'Ariane qui lui permettra de trouver sa voie dans le labyrinthe des erreurs de diagnostic.

On peut cependant émettre le postulat suivant :

Si la réaction biologique est négative, elle ne doit pas autoriser un relâchement de surveillance.

Si la réaction biologique est positive, elle doit imposer l'intervention.

2. *La numération globulaire.* — Entre la salpingite, maladie infectieuse et la grossesse ectopique, il semble, *a priori*, que l'examen de la *formule blanche* puisse permettre, à coup sûr, de trancher le diagnostic. En effet, l'hyperleucocytose avec polynucléose semble devoir, seule, accompagner la salpingite aiguë. Les surprises ne sont pas rares, malheureusement, et le laboratoire parfois, loin de modifier une étiquette erronée, peut, au contraire, la souligner. J'en veux pour exemple les cas rapportés par Bégouin : chez deux de ses malades, l'une, atteinte d'annexite, avait 6.400 globules blancs, dont 52 % de polynucléaires ; l'autre, porteuse de grossesse ectopique, avait 16.000 globules blancs, dont 84 % de polynucléaires.

Voilà donc, une fois de plus, un examen complémentaire en faillite. On peut cependant pour clarifier les idées, adopter l'aphorisme de Vignes :

Hyperleucocytose + fièvre = salpingite.

Hyperleucocytose sans fièvre = hématosalpinx gravidique.

Ou mieux l'équation de Mondor :

Fièvre élevée + leucocytose oscillante = hématosalpinx.

Fièvre oscillante + leucocytose uniformément élevée = salpingite suppurée.

Mais, en même temps que la formule blanche, le laboratoire apportera des précisions sur le nombre des *hématies*. On peut affirmer qu'*une anémie inexpliquée constitue un signe important en faveur de la grossesse extra-utérine, même si celle-ci n'est pas compliquée de rupture.*

C. *Est-ce une grossesse normale?*

Dans le cas envisagé, le diagnostic de grossesse est certain. Il est affirmé tant par la clinique que par la réaction biologique. Mais la grossesse est-elle « bien placée »? Si la grossesse normale, accompagnée d'un kyste de l'ovaire ou d'un petit fibrome, pose déjà un diagnostic difficile, que dire de la *grossesse angulaire* dont la topographie rappelle, à quelques centimètres près, celle de l'extra-utérine et pour laquelle l'attitude expectante du clinicien doit être exactement à l'opposé de celle qu'il faut adopter en cas de grossesse ectopique.

La question ne peut se poser qu'en cas de grossesse de deux mois ou moins. En effet, entre le deuxième et le troisième mois, l'œuf va quitter sa position latérale pour se centrer, et l'utérus, d'asymétrique qu'il était jusque-là, va prendre une forme globuleuse régulière.

A deux mois, la grossesse angulaire, créant l'illusion d'une masse para-utérine, une véritable charnière la séparant de l'utérus, peut vraiment donner le change. Le tableau de Vignes résume très clairement les éléments discriminatifs.

	Grossesse extra-utérine	Grossesse angulaire
Masse	postérieure	antéro-supérieure
Ligament rond...	en dedans	en dehors
Consistance	constante	variable du fait des contractions
Evolution	vers l'asymétrie	vers la symétrie

Pour créer la modification de consistance due aux contractions de la grossesse angulaire, Loincz a préconisé l'injection intraveineuse minimale d'extraits hypophysaires. Le déclenchement des contractions, discrètes, non nocives en cas de grossesse ectopique, non expulsives en cas de grossesse normale, permettent une perception immédiate de l'état musculaire de l'enveloppe.

Malgré une étude clinique approfondie, répétée, rapide mais non bâtive, malgré l'apport fourni par les examens de laboratoire, le diagnostic demeure donc souvent très difficile. L'anamnèse et l'étude des antécédents apporteront-ils une preuve solide à l'édifice fragile du diagnostic ? Certes oui.

1. *La femme a déjà présenté une grossesse ectopique.*

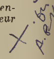
On ignore la cause de l'arrêt de l'ovule fécondé dans la trompe. Il semble qu'on doive invoquer une disposition congénitale ou acquise, disposition de toute façon bilatérale. Werquin, dans un travail récent, a souligné l'importance pathogénique de deux malformations tubaires : *la diverticulose* et *l'endosalpingiose*. Cette dernière, manifestation endométriale au niveau de la trompe, constitue un point d'appel facile à comprendre pour la nidation ectopique de l'œuf.

Fréquents sont les cas de grossesses développées à quelques années de distance dans l'une et l'autre trompe. Les auteurs allemands en ont tiré argument pour préconiser la stérilisation de la femme, lors de l'intervention pour la première grossesse ectopique. En réalité, il faut s'élever contre un pareil esprit de système. Multiples sont les cas de grossesses normales survenues, nombreuses, après une première grossesse ectopique. J'en veux pour exemple la thèse de Louis Funck-Brentano, en 1897.

Il n'en demeure pas moins que toute femme antérieurement opérée de grossesse extra-utérine sera, plus qu'une autre, suspecte d'en présenter une seconde. Cette deuxième grossesse se développera, en règle, dans les annexes laissées en place, bien que des cas aient été rapportés de grossesse extra-utérine siégeant dans un moignon de trompe restant.

II. — La femme a présenté de nombreuses fausses couches et a subi de nombreux curettages. — Dans l'ignorance où nous sommes des causes exactes de la grossesse ectopique, force nous est de nous contenter de notions empiriques. Parmi celles-ci, il en est une qui nous est connue depuis peu, c'est celle de l'augmentation de fréquence de la grossesse ectopique chez les femmes ayant été souvent curettées. En U. R. S. S., où fut appliquée la loi autorisant l'avortement, un chirurgien qui, auparavant, dans une ville, en trois ans, avait opéré 8 à 10 grossesses extra-utérines, en opéra 200 cas, dans la même ville et dans le même délai après l'application de la loi.

L'ensemble groupé des faits, le faisceau de présomptions ayant abouti au diagnostic de grossesse extra-utérine, l'intervention s'impose, sans délai, plus vite que s'il s'agissait d'une tumeur maligne.



L'inondation péritonéale

Au chevet de la malade menacée de mort imminente.

Le tableau, ici, a changé d'apect. Le médecin, appelé en hâte par un entourage aux abois, ne dispose plus de jours ni d'heures pour poser son diagnostic, mais de minutes.

I. — Classiquement, l'ensemble symptomatique est d'une telle richesse que l'erreur n'est pas permise.

Une jeune femme présentant un retard de règles ou, parfois avant tout retard, est prise, dans le bas-ventre latéralement, d'une *douleur atroce*.

En même temps, son faciès, anxieux pâlit. Elle tombe en syncope non sans avoir, quelquefois, présenté un ou deux vomissements.

La malade peut mourir en quelques minutes, avant l'arrivée

de tout secours médical. C'est la forme cataclysmique de Barnes.

Dans la grande majorité des cas, la syncope, syncope providentielle, est de courte durée. Le médecin, accouru, peut examiner la malade préalablement mise au lit.

La pâleur est extrême. Elle permet le diagnostic à distance, dès l'entrée dans la chambre. Face, ongles, lèvres sont pâles. Les extrémités, le nez, la langue, sont froids.

La jeune femme, lasse, ne souffre plus. La température est à 36°7, 37°, le pouls rapide et petit.

L'ensemble réalise le tableau classique de la *grande hémorragie interne*. La palpation permet de percevoir un léger balonnement intestinal, mais *il n'y a ni défense, ni contracture*. Mon maître Lecène insistait, dans son admirable enseignement au lit du malade, sur la parfaite tolérance du péritoine vis-à-vis d'un contenu liquide aseptique isotonique du sérum sanguin. Ainsi s'explique l'absence de réaction pariétale dans l'inondation péritonéale, la rupture traumatique de la rate ou la rupture de la vessie avant que l'urine n'entre en fermentation ammoniacale.

Si la palpation est négative, le toucher « crie le diagnostic » par la douleur provoquée au cul-de-sac de Douglas, douleur exquise dont on dit classiquement qu'elle est telle qu'elle peut sortir le malade de sa syncope.

Le signe de Cullen (teinte bleue noire de la région ombilicale), inconstant, inutile, est sans intérêt.

L'équation est formelle :

Signes d'hémorragie interne + cri du Douglas = Inondation péritonéale.

Elle commande l'intervention d'extrême urgence.

II. *Mais les signes peuvent être moins évidents.*

L'hémorragie interne peut ne pas avoir le caractère suraigu classique. La douleur initiale peut avoir un siège atypique.

Alors l'hésitation du diagnostic peut avoir des conséquences rapidement mortelles, car les délais sont brefs et les minutes sont comptées.

A. — *Douleur épigastrique.*

La rupture peut provoquer, au lieu de la douleur pelvienne, une douleur haut située, au creux de l'estomac, s'accompagnant d'irradiation interscapulaire. Mon maître Cadenat a bien montré que ce début brutal, épigastrique, à type de « douleur en broche » associée, peu après, à une perception de « résistance » diffuse de l'abdomen, peut parfaitement prendre le masque d'une *perforation d'ulcère gastrique ou duodénal.*

L'erreur est vénielle. En effet, dans les deux cas, l'acte chirurgical rapide s'impose. La rectification se fera devant la présence d'un péritoine bleu.

B. — *Douleur dans la fosse iliaque droite.*

L'éclatement d'une trompe droite peut parfois en imposer pour une crise d'appendicite aiguë. Cependant, un clinicien averti notera que *les signes pelviens sont plus accusés que dans l'appendicite, même serait-elle pelvienne, et que, par contre, les signes intestinaux (arrêt des matières et des gaz) sont moins précis.*

Comme la précédente, l'erreur n'a pas une consécration fatale. A l'intervention, l'incision, pratiquée pour appendicectomie d'urgence, sera aisément rectifiée pour faire la cure de la grossesse ectopique droite.

Beaucoup plus grave dans ses conséquences est l'erreur de diagnostic imposant l'abstention chirurgicale, je veux dire : la pelvipéritonite.

C. — *La pelvipéritonite.*

La discrétion des signes de rupture peut se borner à attirer l'attention du praticien sur le petit bassin et la fréquente réaction inflammatoire régionale : la pelvipéritonite.

Si le ballonnement abdominal, la douleur au cul-de-sac de Douglas, la réaction thermique parfois, peuvent diriger la thérapeutique vers le repos, les injections chaudes, la glace sur le ventre, la vaccinothérapie ou la pénicilline, les signes d'*anémie*, visibles, vérifiables en outre par la courbe hématologique, doivent faire immédiatement rectifier le diagnostic. *Errare humanum est, sed perseverare diabolicum.* En cas de doute, pour éviter cette « persévérance » mortelles, la *ponction du Douglas* (jamais trop facilement pratiquée) amènera le médecin à la confusion et la malade à la guérison, par l'acte chirurgical qui en découle.

D. — *Occlusion intestinale.*

Nous avons dit, plus haut, que l'inondation péritonéale s'accompagne volontiers d'un certain degré de ballonnement.

Ce signe, dominant pour une fois le tableau clinique, peut en imposer pour un iléus paralytique, une occlusion intestinale,. En présence d'une femme jeune, l'aphorisme de PINARD ne devra jamais quitter l'esprit du praticien : *Les signes d'occlusion, au début d'une grossesse doivent toujours faire penser à une grossesse extra-utérine.* »

Hématocèle

La grossesse extra-utérine, non limitée à l'hématosalpinx, peut ne pas avoir la diffusion dramatique de l'inondation péritonéale. L'hémorragie peut être « colmatée » par de l'épiploon, des anses grêles (*diaphragme pathologique de Benutz*), réalisant ce que Vignes a appelé l'*inondation endiguée.* C'est l'*hématocèle enkystée* des classiques.

N'attachez à la limitation de l'hémorragie aucune valeur pathogénique et ne faites pas vôtre la vieille division allemande, très justement qualifiée d'insoutenable par Mondor. Cette division clinique, pathogénique et thérapeutique est la suivante :

Avortement tubaire = hémorragie veineuse = hématocèle enkystée = Abstention opératoire.

Rupture tubaire = hémorragie artérielle = inondation péritonéale = intervention d'urgence.

Mondor, ai-je dit, a raison de qualifier cette division d'insoutenable. L'hématocèle commande l'intervention (contrairement aux indications de l'Ecole de Lyon). En effet :

— *L'hématocèle peut rompre secondairement ses barrières.* La femme sera, alors, en moins bon état de résistance que lors d'une intervention d'urgence.

— *L'hématocèle peut s'infecter*, par simple contiguïté iléo-colique.

— *L'hématocèle peut s'ouvrir secondairement dans un organe* et devenir le siège d'une surinfection grave.

— *L'hématocèle peut se résorber* et, même dans ce cas, le plus favorable, en attirant dans le Douglas l'utérus en une rétroversion solidement fixée, être à l'origine de douleurs vives et de stérilité.

Du point de vue clinique, l'hématocèle se manifeste, classiquement, par *des douleurs*, douleurs à la marche, pesanteurs, douleurs en urinant ou en allant à la selle.

A l'examen, *l'hématocèle rétro-utérine* se présente avec l'aspect d'une masse rétro et péri-utérine qui, au toucher, donne la perception d'un empâtement de la forme d'un cœur de carte à jouer.

Elle peut revêtir d'autres masques que je vais essayer de vous peindre à l'aide de deux observations récentes :

— Une jeune femme de trente ans, mariée à un médecin depuis un mois, présente, après un léger retard, un suintement sanglant. Immobilisée au lit, elle accuse des douleurs assez vives dans la partie gauche du bas-ventre. Colitique ancienne, elle a toujours eu une fosse iliaque interne gauche sensible. *L'examen biologique de la grossesse est positif.*

Appelé auprès d'elle par un mari dont la compétence suspectait l'éventualité d'une grossesse extra-utérine, je balance, sans conclure nettement, entre *menaces de fausse couche* et *grossesse ectopique*, l'examen pratiqué le jour de ma venue n'ayant précisé ni douleur, ni masse dans le cul-de-sac vaginal gauche.

Malgré le repos absolu, les hémorragies augmentent d'abondance, accompagnées de débris. Le mari me téléphone pour me faire part de la confirmation du diagnostic d'avortement.

Un nouvel examen biologique de la grossesse est négatif.

Pas de fièvre, diminution progressive des pertes. La jeune femme, après un repos au lit d'une quinzaine de jours, reprend sa vie active, malgré la persistance d'un léger endolorissement au siège de l'ovaire gauche.

Elle menait, depuis trois jours, une existence normale, lorsqu'elle est prise d'une douleur brusque, à gauche, douleur non syncopale, accompagnée d'une ascension thermique à 38°5.

A l'examen, le lendemain, on *voit*, à jour frisant, une voussure sous-ombilicale, latéralisée à gauche, que le toucher précise être une masse bien limitée, pré- et latéro-utérine ; le cul-de-sac de Douglas est libre et indolore. La malade présente, typiquement, *le signe de Nard : dans une affection récente, à début aigu, ne remontant pas au delà d'une quinzaine de jours, si on hésite entre le diagnostic d'hématocèle et celui d'affection inflammatoire annexielle, si on constate, à jour frisant, une voussure sous-ombilicale unilatérale, il ne faut pas hésiter à poser le diagnostic d'hématocèle.*

On intervient d'urgence : hématocèle gauche constituée d'un mélange de sang brunâtre et de sérosité claire.

Retenez, de cette observation, deux faits importants :

1° Malgré un diagnostic biologique de grossesse devenu négatif, preuve de l'arrêt évolutif de la gravidité, les accidents peuvent se produire et l'hématocèle se constituer et se développer rapidement ;

2° L'hématocèle peut avoir une topographie pré-utérine, laissant libre et indolent le cul-de-sac de Douglas.

La deuxième observation est un cas bien différent d'hématocèle à forme atypique.

Une femme de 42 ans est admise, un dimanche, d'urgence, dans mon service de Lariboisière, pour un état d'anémie marquée par *hémorragies génitales externes.* En présence du faciès blafard de la malade, mon interne Bosquet envisage la possibilité d'une rupture de grossesse tubaire. Mais, devant l'abondance des hémorragies qui coïncident avec la date des époques, chez une femme

de 42 ans, se plaignant depuis longtemps de ménorragies, le toucher vaginal n'ayant provoqué aucune douleur rétro-utérine, il réserve son diagnostic. Le lendemain, la malade, pâle, continue à perdre en abondance. Le toucher permet de percevoir un col fibreux, un utérus gros et, à droite, une bosselure, comme un poing, dont les limites ne sont pas très précises. Je conclus à fibrome à forme hémorragique, prescris des injections répétées d'acétate de Testostérone, une transfusion de sang de 400 cc. à renouveler le lendemain. La malade est inscrite sur la liste opératoire pour être opérée le samedi. Dans les deux jours qui suivent, diminution et arrêt des hémorragies. Le faciès de la malade se recolore. Or, le jeudi, au cours de la visite, la malade est prise d'une douleur abdominale aiguë avec anxiété, soif d'air et pâleur progressivement accentuée.

La malade est opérée immédiatement : hématocèle latéro-utérine avec diffusion hémorragique secondaire.

Retenez de cette observation que :

Si la quarantaine est l'âge du fibrome, elle peut être aussi l'âge de la grossesse et de la grossesse ectopique.

L'abondance des hémorragies externes, en contradiction avec les pertes sépias ou chocolat des classiques, ne doit pas faire infirmer le diagnostic de grossesse extra-utérine.

L'hématocèle prête donc à de nombreuses erreurs. Hésite-t-on avec le diagnostic, de pelvi-péritonite ancienne, d'annexite bacillaire, deux ressources précieuses demeurent entre les mains du clinicien :

La numération globulaire, qui montrera une diminution considérable des globules rouges, souvent en contradiction avec la « bonne mine » de la malade.

La ponction du Douglas, qui ramènera le sang.

LE TRAITEMENT

Il est constamment chirurgical, qu'il s'agisse d'un *hématosalpinx, d'une inondation péritonéale* ou d'une *hématocèle*.

I. — Hématosalpinx. — Il doit être opéré sans délai avant sa rupture. Mieux vaudra pratiquer une salpingectomie qu'une castration pour laisser à la femme jeune tout son potentiel ultérieur d'ovulation. La ligature de la trompe sera faite au ras de la corne utérine. Il ne faut pas oublier les cas, si rares soient-ils, de grossesse ectopique récidivée dans le moignon de trompe restant.

II. L'inondation péritonéale. — Excellent est l'aphorisme de ce chirurgien cité par Mondor : « *En matière de grossesse extra-utérine, on n'opère jamais « trop tôt et on ne doit jamais dire qu'il est trop tard* ».

S'il n'était déjà « jamais trop tard » à l'époque de ce chirurgien, au début du siècle, que dire de l'heure chirurgicale (que nous pouvons rendre moins dangereuse) en notre époque qui est celle de la réanimation et de la transfusion ?

En effet, si l'acte opératoire est le plus facile, le plus simple que puisse commettre un chirurgien, si l'opérateur sauve la vie sans que besoin soit de grand talent ni de grande dextérité, encore doit-il agir rapidement, mais sans hâte.

Si, une fois l'hémorragie arrêtée, l'artère liée, le « robinet fermé », la tension artérielle remontera aussitôt, il est parfois un moment où l'acte opératoire, par le choc qu'il apporte, peut « achever » une femme saignée à blanc.

Je trouve prudent, lorsque la tension artérielle maxima est au-dessous de 6 ou 7 au Vaquez, de prendre le temps de faire une transfusion pré-opératoire.

La malade étant endormie (l'anesthésiste s'étonnera souvent de la rapidité et de la profondeur du sommeil obtenu avec de très faibles doses), *il faut mettre la malade, en déclive*. Cette position, en opposition avec les conseils des classiques, a deux avantages. Elle est la position idéale de tout hémorragique et favorise la circulation bulbaire. Elle favorise, sans conteste, le geste opératoire en libérant le lieu de l'intervention des anses grêles, venant faire écran à la région utéro-tubaire. La ligature des pédicules en sera mieux et plus rapidement faite.

Autant la position déclive est nocive en cas d'épanchement intrapéritonéal septique, autant, lorsque le contenu est du sang, elle ne présente que des avantages. Si le contenu gravidique « fuit » sous le diaphragme, il sera rattrapé, avant la fermeture du péritoine, en remettant l'opérée en position horizontale.

La gaine des droits étant incisée, on a, sous les yeux, la couleur bleutée si spéciale du péritoine qu'on incise à son tour. Du sang et des caillots s'échappent ; on se porte à la trompe qu'on lie près de la corne utérine et qu'on résèque, et on vérifie l'autre côté. La trompe saine sera respectée. La méthode allemande de stérilisation systématique est à rejeter formellement.

Mais, une fois le péritoine ouvert, c'est quelquefois le moment où le diagnostic étiologique de l'hémorragie interne devra être rectifié. En effet, Thévenard, dans sa thèse, a montré que, dans 95 % seulement des cas, la grossesse ectopique était responsable de l'hémorragie intra-péritonéale. C'est donc bien rarement que l'hémorragie proviendra : de l'*utérus* (torsion d'un fibrome pédiculé ; rupture d'un vaisseau d'un fibrome), de la *trompe* (pachysalpingite hémorragique de L. Bazy) ou de l'*ovaire* (rupture d'un kyste folliculaire ou d'un kyste du corps jaune. Thèse de Baumann, 1934).

Une fois les caillots les plus volumineux enlevés, la malade est redressée, en position horizontale et le chirurgien ferme la paroi. Une question se pose : faut-il drainer ? Certains chirurgiens mettent un drain dans le Douglas, dans le désir d'éviter à la malade quelques fébricules post-opératoires. Après mon maître Gosset, je ne draine pas, et ceci pour trois raisons :

1° L'absorption du sang par le péritoine constitue, pour la malade, une véritable auto-hémothérapie dont elle tire bénéfice (Toupet) ;

2° Le sang épanché constitue, pour le microbe, le milieu de culture idéal. Un drain destiné à évacuer sang et caillots est, de ce fait même, destiné, à bref délai, à être bouché. Il faudra donc pratiquer l'aspiration dans le drain, cause non niable d'inoculation de dehors en dedans et d'infection ;

3° Le drain, placé dans le Douglas, aboutissant au-dessus du pubis, sera repoussé en arrière par la masse et le poids de l'utérus. Il fera donc « corde » entre Douglas et paroi, corde qui peut être la cause d'adhérences du grêle et d'occlusion post-opératoire.

Les suites opératoires sont simples et spectaculaires. Telle malade, moribonde la veille au soir, prend son petit déjeuner dans son lit, le lendemain.

III. — L'hématocèle. — Il faut opérer l'hématocèle. En effet, ou bien *il n'y a pas résorption*, et il peut se faire une reprise de l'hémorragie avec sa diffusion intra-péritonéale particulièrement grave, une infection secondaire ou l'ouverture dans le colon, ou bien *il y a résorption* et l'utérus, attiré en arrière par une cicatrice fibreuse, se placera en rétroversion fixée, cause de douleurs et de stérilité.

⁂

Le diagnostic de grossesse extra-utérine sera posé par le *praticien*, le chirurgien n'intervenant qu'à l'occasion de son appel.

C'est donc au médecin de bien savoir qu'à chaque étape :

Hématosalpinx,

Inondation péritonéale,

Hématocèle,

le diagnostic peut s'imposer par son évidence. C'est au médecin de savoir que, tel Protée, fils de Poséidon et de Phénice, la grossesse ectopique peut prendre des formes multiples.

Les examens complémentaires aident au diagnostic :

A l'étape d'hématosalpinx, l'examen de la caduque spontanément expulsée, le diagnostic biologique de la grossesse, l'étude de la numération globulaire, peuvent donner des renseignements utiles ;

A l'étape de diffusion, soit libre, soit endiguée, l'examen de la formule rouge, et surtout la ponction du Douglas, sont des ressources de choix.

Cependant, la primauté reste à une recherche fouillée de l'anamnèse et à l'examen clinique, précautionneux et attentif.

En définitive, plus que dans tout autre problème pathologique, lorsqu'on suspecte la grossesse ectopique, il faudra substituer à l'adage populaire « dans le doute, abstiens-toi », l'aphorisme de Terrier : « *Dans le doute, ne t'abstiens pas.* »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Séance du 4 mars 1947

Influence de l'irradiation générale par rayons X sur la réussite des greffes de sarcomes chez le rat. — MM. Roussy et Guérin. — Utilisant trois souches différentes de sarcomes du rat (sarcome sous-cutané, sarcome utérin, sarcome ganglionnaire), les auteurs ont observé l'influence favorisante exercée sur la réussite des greffes par l'irradiation préalable totale des animaux par les rayons X (600 *r*). L'influence varie avec les souches ; elle rend définitivement transplantables des tumeurs qui ne l'étaient pas d'emblée sur rats normaux, mais le deviennent après plusieurs passages sur rats irradiés. Cette méthode permet donc d'assurer la transplantation des tumeurs nouvelles.

La cure chirurgicale de la tétralogie de Fallot. Premier cas français opéré en Amérique. — M. Huber et Mlle Pithon (présentation faite par M. R. Debré). — Un enfant normal

jusqu'à 13 mois présente à ce moment une crise convulsive suivie d'une hémiplégie droite puis de cyanose et de frilosité. La dyspnée et la cyanose ainsi que les déformations s'aggravent progressivement. A 7 ans 1/2 l'examen complet ayant éliminé toute affection neurologique primitive, on réussit à l'envoyer à Baltimore en avion. Il est opéré quasi *in extremis* après un examen radiologique minimum. L'intervention dure 2 h. 45 et réalise l'anastomose sous-clavière-artère pulmonaire. Après un début difficile de période post-opératoire et l'apparition d'un épanchement pleural hématique, il entre en convalescence et termine son séjour en Amérique par les séances de rééducation et de physiothérapie dirigée contre les séquelles de son affection cardiaque et peut rentrer par voie de mer. Actuellement l'enfant marche seul et peut même monter un escalier. La saturation d'oxygène dans la grande circulation a passé de 52 % à 73 %. Persiste une légère cyanose. — Discussion : M. Laubry.

L'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile. Les résultats que l'on peut attendre de son application. — MM. Boisseau, Ciaudo, Hermant et Mlle Presciat (Présentation faite par M. Gougerot). — Les principes directeurs mis en œuvre dans l'application de la protection maternelle et infantile baséee sur l'importance attachée à l'examen du père permet de dépister des syphilis deux fois plus nombreuses que celles que découvre l'examen maternel seul et se complète par le traitement à domicile des parturientes syphilitiques, gratuit dans certains cas. Le dépistage de la tuberculose se trouve également facilité.

Election de trois membres correspondants nationaux. — MM. Canals (de Montpellier), Diacono (de Tunis) et Raquet (de Lille) sont élus correspondants nationaux dans la VIe Division (Pharmacie).

Prix Albert Ier de Monaco. — En comité secret a été étudié le choix de la question mise à l'ordre du jour pour 1947. Après une longue discussion, l'Académie a remis à la semaine prochaine le choix définitif.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 26 février 1947

Ostéotomie de dérotation du cinquième métacarpien pour utilisation d'une main broyée. — M. Caby. — M. Mathieu rapporte ces deux observations dans lesquelles la technique utilisée a donné un résultat fonctionnel satisfaisant.

Enclouage par la méthode de Kuntscher. — M. Lafitte, à propos de 25 observations d'enclouage ou d'enchevillement centro-médullaire, se déclare très satisfait des résultats obtenus ; il utilise ce procédé de préférence à tout autre dans les fractures diaphysaires des deux os de l'avant-bras dans les fractures transversales de l'humérus ou du fémur.

M. Leveuf considère que l'embrochage centro-médullaire donne dans les fractures de l'avant-bras une fixité nettement insuffisante et qu'il faut recourir à l'immobilisation plâtrée post-opératoire.

M. Merle d'Aubigné est très prudent sur l'indication de l'enclouage dans les fractures ouvertes ou infectées.

Etude sur la circulation superficielle et sur la vaso-motricité par les méthodes de fluorescence dans les artérites des membres inférieurs. — MM. Gosset et Bonvallet font une injection intra-veineuse de fluorescéine à 20 % et examinent au bout de cinq minutes le membre dans une pièce éclairée en lumière de Wood. Les auteurs ne tiennent compte que de l'importance et de l'intensité de la fluorescence au niveau d'une ligne de scarification. Cette méthode associée au besoin au blocage des chaînes sympathiques par rachianesthésie ou épidurale haute renseigne avec précision sur l'état circulatoire des téguments ; on ne saurait lui demander, semble-t-il, des renseignements sur l'état de perméabilité des gros troncs artériels.

Diagnostic des Iléus par trouble de la motricité intestinale. — M. M. Iselin commente huit observations d'occlusion dans lesquelles le diagnostic d'iléus paralytique ne fut reconnu qu'après intervention chirurgicale. L'auteur estime qu'il n'existe aucun signe clinique en faveur de l'origine dynamique d'un iléus ; par contre, il attache une grosse valeur à deux signes radiologiques : l'alternance de segments intestinaux distendus et de segments spasmés réalisant un aspect en damier ; la coexistence de signes de distension du grêle et du colon, signe d'ailleurs inconstant.

M. Moulonguet fait des réserves sur l'interprétation des signes radiologiques indiqués par M. Iselin.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 février 1947

Les pneumopathies huileuses de l'adulte. — M. Roger Even apporte deux observations, la première avec la collaboration de MM. Vibert et Sors, la seconde avec MM. Olivier Monod et Le Coeur.

Les pneumopathies huileuses s'observent électivement chez les professionnels de la voix trop enclins à user et à abuser des injections laryngo-trachéales. Elle sont relativement rares, alors que leur cause déterminante est très fréquente. Peut-être la nature de l'huile employée et les anomalies broncho-pulmonaires ont-elles une action favorisante.

Anatomiquement on trouve des lésions de sclérose avec des éléments creusés de vacuoles chargées de corps gras.

Cliniquement : toux persistante, expectoration insignifiante, la localisation exclusive au lobe moyen la différencie du cancer dont c'est le siège exceptionnel.

MM. de Sèze, Lamy et Ameuille soulignent le danger certain des instillations huileuses. M. Ameuille pense que ces pneumonies sont fréquentes mais latentes dans un certain nombre de cas.

Anévrysme rompu de la portion juxta-sellaire de la carotide interne, traitée par action directe. — Cette observation de MM. L. Rouquès, M. David et J. Pautrat et celle d'un malade de 39 ans qui, après avoir eu, il y a six ans, une hémorragie méningée rapidement curable, a eu en mai 1946 une hémorragie méningée avec un syndrome pyramidal droit fruste et passager, une partie du droit interne gauche et de la stase papillaire. L'état s'aggravant rapidement, le malade fut opéré d'urgence. On trouva une hémorragie sous-durale et un hématome de la pointe du lobe temporal gauche. Non sans difficultés, on put réaliser l'hémostase et la réduction aux clips de la poche d'un anévrysme carotidien situé entre la clinoïde postérieure gauche. Une hémiplégie droite avec aphasie survenue le lendemain n'a laissé que des traces minimes.

La discussion qui suivit et à laquelle prirent part MM. de Sèze, Lereboullet et Lamy montre que cette question des anévrysmes intracraniens mériterait d'être mieux connue.

Dangers de contamination humaine par la mycothérapie en série. Contribution à la pathogénie de la seringue. — M. Mollaret apporte des faits extrêmement importants : chez un enfant de 5 ans traité par la streptomycine pour méningite tuberculeuse, il constata un abcès. Un prélèvement de pus révéla une culture pure d'hémophilus influenzae. Un examen minutieux permit de découvrir qu'il y avait eu contamination du petit malade par une seringue ayant servi à une malade d'un pavillon voisin, atteinte de méningite à hémophilus influenzae. L'infirmière chargée de faire des piqûres répétées changeait simplement l'aiguille de la seringue. Or, on a démontré la possibilité de retour d'un germe pathogène jusqu'à l'embout de la seringue.

La seule prophylaxie de ces accidents consiste à utiliser pour chaque malade des seringues et des flacons différents, et, à avoir, dans le service même, près de la surveillante, un poupinel où les seringues, dûment numérotées, seront stérilisées à 180°.

Paludisme pernicieux chez un nourrisson de trois mois. — M. Cathala présente cette observation de MM. Samony, Prost et Cabannes.

Syndrome de Sjögren. — M. de Sèze.

Séance du 14 février 1947

Deux cas d'opacités pulmonaires du lobe moyen chez les chanteurs. Pneumonie huileuse probable. — M. Facquet et Mme Langeard apportent deux observations qui confirment les conclusions de M. Even et de ses collègues dans la précédente séance. Les injections intra-laryngées d'huile de paraffine doivent être rigoureusement proscrites.

Sur l'emploi de l'aneurine à forte dose dans le traitement des algies rhumatismales. — MM. F. Coste, P. Galmicre et M. Mochfeld injectent quotidiennement soit 100 mmg dans la veine, soit 300 mmg ou plus dans le muscle. Succès très importants.

Traitement des cellulalgies par infiltrations en masse d'une solution analgésique. — MM. F. Coste et M. Mochfeld préfèrent à la massothérapie l'infiltration des zones cellulalgiques avec un mélange de novocaïne et d'antipyrine. Le soulagement est presque immédiat. Dans les cellulalgies d'accompagnement qui recouvrent une lésion ostéo-articulaire profonde. les résultats sont plus lents et incertains.

Polypose rectocolique essentielle généralisée et cancer du rectum. — MM. Hillemand et Charrier. — Observation qui montre la nécessité, en pareil cas, de réséquer colon et rectum en faisant successivement une iléo-sigmoïdostomie puis une colectomie, enfin une amputation du rectum, avec intubations de l'iléon.

Séance du 21 février 1947

Epithelioma glandulaire bronchique bénin avec image radiologique normale, découvert par bronchoscopie systématique et guéri en trois séances d'électrocoagulation. — MM. R. Kourilsky, J.-M. Lemoine, M. Fourestier et S. Kourilsky. — Il s'agit d'une femme de 33 ans, présentant des troubles d'irritation bronchique. La bronchoscopie montra une tumeur de la grosseur d'une cerise, implantée sur l'éperon de la bronche lobaire moyenne droite.

Les auteurs rejettent le terme d'épistome (bouchon) et estiment qu'il vaut mieux le décrire par leurs 5 caractères majeurs : épithelioma glandulaire bronchique, bénin, essentiel ou remanié. La guérison obtenue en 3 séances de morcellement par électrocoagulation se maintient au bout d'un an. Les auteurs insistent sur l'intérêt de l'examen bronchoscopique ultra précoce en présence de tout syndrome d'irritation bronchique.

Le terme d'épithélioma bénin est l'objet d'une discussion. M. Rist estime qu'il est choquant, celui d'adénome conviendrait mieux.

Difficultés diagnostiques des accidents de migration à travers la paroi bronchique des calcifications ganglionnaires. — MM. R. Kourilsky, J.-M. Lemoine, M. Fourestier et Y. Le Boucher rapportent deux cas où le diagnostic s'avéra particulièrement difficile jusqu'à la constatation bronchoscopique de la calcification intrabronchique. Dans un cas jusqu'au rejet spontané de broncholithe, dans l'autre après tentative de biopsie.

La granulie et les miliaires tuberculeuses. Myélocultures. Essai de classification. — MM. R. Even, J. Lecoeur et C. Sors. — Les données historiques, cliniques, radiologiques et nécropsiques conduisent aux conclusions suivantes :

Il existe plusieurs miliaires tuberculeuses et une seule granulie, ou alors ce dernier terme doit disparaître du vocabulaire médical.

1° La granulie ou miliaire généralisée, toujours mortelle, à forme typhoïde, bien qu'elle puisse être à prédominance symptomatique thoracique, abdominale ou cérébrale.

a) Critères de probabilité :

Radiologiques : nodules fins, disséminés dans les 2 champs pulmonaires des sommets aux 2 bases et des hiles aux parois latérales externes, égaux entre eux et également répartis.

Cliniques : importance lorsqu'ils existent, de la splénomégalie ; d'un épanchement pleural-uni ou bilatéral souvent insignifiant ; de méningite.

Bactériologiques : myélocultures positives sur le milieu de Löwenstein. (Réserves : actuellement 2 observations) ;

b) Critère de certitude :

Constatation à l'autopsie de nodules miliaires, granulations ou tubercules, ou granulations et tubercules, sur les poumons et autres viscères et séreuses, en particulier, le foie, la rate, le péritoine, les plèvres et les méninges ;

2° Les miliaires pulmonaires, de la forme asphyxique de la phtisie aiguë d'Andral, ou asphyxie tuberculeuse de Graves, ou forme suffocante de la phtisie aiguë de Jaccoud, à la granulie discrète et à la granulie migratrice de Bard, en passant par les granulies froides de Burnand et Sayé.

a) Critères de probabilité :

Radiologiques : nodules miliaires, de grandeur variable, inégaux entre eux, irrégulièrement répartis, et dont la dissémination plus ou moins étendue, permet de distinguer des formes localisées et extensives.

Cliniques : évolution rapide ou lente vers la mort, la tuberculose pulmonaire commune ou la guérison.

Bactériologiques : myélocultures négatives sur le milieu de Löwenstein (Réserves ; actuellement 3 observations ;

b) Critère de certitude :

Constatation à l'autopsie de nodules miliaires, granulations ou tubercules, ou granulations et tubercules, localisés exclusivement aux poumons ;

3° Les épisodes miliaires, généralisés ou pulmonaires, ceux-ci localisés ou extensifs, distincts des miliaires généralisées pulmonaires ou extensives, par ce fait qu'ils surviennent au cours d'une tuberculose pulmonaire avérée, dont ils marquent un stade évolutif.

M. Rist a proposé jadis de supprimer le terme de granulie qui est inutile et est incompréhensible pour les étrangers. Il faut dire tuberculose miliaire généralisée.

Sur la maladie d'Albright. — M. J.-A. Lièvre, analysant les travaux antérieurs retient 54 cas valables de maladie d'Albright (ostéite fibreuse disséminée avec aires de pigmentation et trouble endocrinien). Les conclusions nouvelles ou touchant les points discutés sont les suivantes :

1° Les lésions osseuses sont les lésions d'ostéite fibreuse plus ou moins étendues, mais jamais généralisées, identiques à celles d'un groupe de cas d'ostéite fibreuse (pure) sans signe d'hyperfonctionnement parathyroïdien, cas qui méritent d'être groupés sous le nom de *dysplasie des os* ;

2° C'est par erreur que certains cas de maladie d'Albright ont été décrits sous le nom de xanthomatose osseuse ; la lésion constituée par les cellules spumeuses à enclaves lipoïdiques est purement contingente ; aucun trouble du métabolisme des lipides n'est à retenir ;

3° La puberté précoce n'est en rapport avec aucune lésion évolutive des glandes endocrines ; son pronostic est bon ; elle semble de même nature que les pubertés précoces isolées, dites constitutionnelles ou génétiques ;

4° Les différents groupes de symptômes de la maladie d'Albright forment entre eux toutes les combinaisons possibles et ne sont liés les uns aux autres par aucun rapport de causalité directe ;

5° La maladie d'Albright est une affection constitutionnelle, vraisemblablement en rapport avec des caractères génétiques plus ou moins étroitement liés et dont certains sont liés au sexe.

ACADEMIE DE PHARMACIE

Séance du 5 mars 1947

Présentation d'ouvrage : *Pharmacy's part in Society* de G. Urdang. — M. Bouvet.

Contribution à la normalisation des drogues végétales. Signification et valeur de quelques indices chimiques. — M. P. Douquenois. — Intérêt de la détermination de l'indice d'oxalate et de la teneur en silice et en cellulose.

Que deviennent les sucres au cours des fabrications industrielles ? — M. Kiger. — Destruction du fructose plus accentuée que celle du glucose dans la fabrication du pain d'épices, de la pâtisserie, etc...

Notes de laboratoire de quelques produits du Cambodge. — M. E. Finelle. — Etude des huiles de foies de poissons, du Krabao, plante voisine du Chaulmoogra, du sucre de palmier et des laits de vaches indigènes.

Accidents provoqués par les injections intraveineuses de sulfate de cuivre. — MM. R. Charonnat et C. Morin. — La thrombose qui détermine les accidents n'est pas due aux impuretés, mais au sulfate de cuivre lui-même qui doit être injecté très lentement en solution diluée.

Dosage de l'iode dans le sirop iodotannique. — M. F. Sabon. — Dosage électrophotométrique de l'iode libéré par action de l'acide iodique sur l'acide iodhydrique du sirop.

Présence de cadmium dans les jus d'orange et citron conservés dans des récipients métalliques. — MM. F. Sabon, R. Monnet et H. Grignon. — Attaque rapide du revêtement cadmié.

Intoxication par une lotion capillaire à base de nitrobenzène. — MM. P. Cheramy et P. Bruyet. — Méthémoglobinémie considérable due au taux élevé du nitrobenzène.

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 21 JANVIER 1947

Arachnoïdo-radiculo-myélite consécutive à une injection de sulfamides. — MM. Michel LÉVY et BOUDART ont observé à la suite d'une injection intra-musculaire de Soludagénan au cours d'une méningite à bacille de Pfeiffer une parésie du membre inférieur gauche compliquée de troubles de la sensibilité objective. Après un recul de sept ans, on constate encore des reliquats de la paralysie et il existe une réaction partielle de dégénérescence des muscles atteints.

Néphrite et arrêt de croissance chez un enfant après administration de doses massives de vitamine D. — MM. M. LAMY, Mlle JAMMET et M. PALEY rapportent l'observation d'une fillette de 19 mois ayant reçu en quatre mois 27 ampoules d'une solution contenant 15 milligrammes de vitamine D. Les premiers signes d'intoxication, anorexie absolue, soif vive, perte brutale de poids, pâleur et état inquiétant de l'enfant, apparurent dès l'ingestion des premières ampoules, mais le traitement fut néanmoins continué.

Quatre mois plus tard, l'enfant, hypotrophique et anémique, présentait des troubles graves du fonctionnement rénal, qui, combinés à la constatation d'une image pyélographique anormale du rein droit, conduisirent à pratiquer une intervention chirurgicale au cours de laquelle fut faite une biopsie du rein. Celle-ci montra l'intégrité des glomérules et une atteinte grave des tubes.

La suspension du traitement vitaminé amena une rétrocession importante des symptômes ; cependant l'azotémie est encore de 0 gr. 60 au bout de huit mois. Les auteurs insistent sur la nécessité de ne donner que des doses raisonnables de vitamine D.

Intoxication mortelle par ingestion accidentelle d'Antergan. — M. COFFIN.

Le problème de l'épilepsie au début du point de vue électro-encéphalographique. — MM. LAPLANE, FISCHGOLD et Mlle BRISAC insistent sur les difficultés du diagnostic clinique et de l'interprétation des résultats de l'électro-encéphalographie. La lenteur du rythme n'a de valeur qu'après douze ans ; par contre, ils accordent une certaine valeur en dehors des signes classiques à la petite onde sinusoïdale de grande amplitude. Dans dix cas où le diagnostic clinique était certain, ils ont eu cinq anomalies spécifiques, deux anomalies non spécifiques et trois tracés normaux. Dans les trente-six cas de diagnostic clinique douteux, ils ont eu vingt-six tracés spécifiques et vingt-six tracés non spécifiques ou normaux. Le spasme du sanglot et les convulsions fébriles ne donnent jamais de tracés spécifiques.

Avitaminose du nouveau-né à forme purpurique et convulsive. A propos de deux observations. — MM. CHRISTIAENS, DANCOURT et LESOIN (de Lille), ont observé trois cas d'avitaminose K se traduisant par du purpura et des convulsions et traités avec succès par l'administration de la vitamine déficiente.

Splénectomie pour purpura chronique chez un enfant de 4 ans. — MM. DELANNOY et CHRISTIAENS (de Lille).

SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1947

Sur un état aigu toxique du nourrisson s'accompagnant de dégénérescence graisseuse massive du foie. — MM. LEVESQUE, LAFOURCADE et Mme DEMASSIEUX insistent sur la fréquence relative de ce syndrome au cours des derniers mois. Il se traduit par un tableau clinique polymorphe dans lequel prédominent le coma, les convulsions et un syndrome neuro-œdémateux, la diarrhée et l'altération du faciès. La participation hépatique se traduit par des troubles du métabolisme de l'eau avec, au début, tendance à l'œdème, puis déshydratation. L'autopsie montre une dégénérescence hépatique totale. Les auteurs discutent l'étiologie de ce syndrome qu'il tendent à attribuer d'un virus encore inconnu.

L'hépatostéatose du syndrome toxique cholériforme des nourrissons. — MM. J. MARIE, SERINGE, Mlle O. SCHWEISGUTH et HÉBERT ont trouvé, au cours de l'autopsie de syndromes cholériformes une stéatose hépatique tantôt partielle tantôt massive, cette dernière s'observant surtout dans les formes à évolution lente. On observe cliniquement dans ces cas une hépatomégalie, des signes de déshydratation et des troubles hémorragiques. Les auteurs discutent le rôle du pancréas à l'origine de tels faits.

Cirrhose hépatique infectieuse chez un nouveau-né. — MM. ROHMER et SACREZ rapportent l'observation d'un nouveau-né atteint de cirrhose avec ictère dont la maladie a évolué entre le quatrième et le cinquantième jour de la vie. Il semble y avoir eu une origine ombilicale et l'évolution s'est accompagnée de troubles rénaux. Ces cirrhoses sont exceptionnelles et doivent être distinguées des formes endémiques observées dans certaines régions et de celles qui compliquent l'érythroblastose.

Cirrhose graisseuse révélée par un ictère grave terminal chez un enfant de 7 ans. — MM. BERNARD et GASTAUD (de Marseille) rapportent l'histoire d'un enfant de 7 ans, sans passé pathologique, qui succomba à un syndrome ictéro-œdémateux foudroyant. L'autopsie montra une sclérose bi-veineuse accompagnée de stéatose massive. Aucune étiologie ne peut être précisée.

Primo-vaccination ulcéreuse très étendue au cours d'une vaccine généralisée. — MM. J. WEILL et MOURRET présentent un enfant de 3 ans couvert de pustules vaccinales ulcérées de dimensions inusitées. L'âge avancé de l'enfant de la primo-vaccination semble être la seule raison de cette anomalie vaccinale.

Gangrène de l'avant-bras constatée à la naissance. — M. MALLET (présentation de malade).

Uvéïte, signe d'alarme de la méningite cérébro-spinale. — MM. BERNARD, FARNARIER, OURGAUD et PARREL (de Marseille) signalent à propos de trois cas l'intérêt diagnostic de l'irido-cyclite dans le diagnostic des affections méningococciques. Cette localisation doit être traitée précocement sous peine de voir apparaître des lésions irréversibles.

Laryngites infectieuses primitives chez les jeunes enfants. — MM. J. HUBER, J. MARIE et R. BOURGEOIS insistent sur la gravité de ce syndrome caractérisé par une voix peu éteinte accompagnée de toux et de dyspnée. Il faut instituer très tôt un traitement médical actif, sinon l'enfant est menacé d'asphyxie et le tubage, toujours difficile, aggrave souvent les lésions au lieu de soulager le malade.

CHRONIQUE

A la mémoire de A.-P. Dustin
(de Bruxelles)

L'éloge de A.-P. Dustin, l'illustre savant belge qui comptait tant d'admirateurs en France, a été prononcé le 22 février dernier, à l'Académie Royale de Médecine de Belgique par M. le professeur A. Dalcq.

Dans un très bel exposé, dont nous trouvons un excellent résumé dans « Bruxelles Médical », l'orateur rappela comment A.-P. Dustin, prorecteur de l'Université de Bruxelles et président de la Faculté de Médecine, fut arrêté par les Allemands aux heures les plus tragiques de l'occupation nazie et incarcéré trois longs mois à la citadelle de Huy. Là, chaque soir, la chambrée des otages se transformait en un séminaire d'études dont Dustin était un des animateurs les plus enthousiastes. Il en revint très épuisé, mais avec le moral excellent du patriote justement fier de l'effet salutaire que son attitude ne pouvait manquer d'avoir sur les populations opprimées. Son brusque décès, après une après-midi de recherches microscopiques, fut un magnifique exemple de courage civique et scientifique.

Membre correspondant de l'Académie Royale depuis 1921 et titulaire depuis 1931, A.-P. Dustin était le fils de Pierre Dustin, administrateur communal à qui Bruxelles doit notamment la création de son port.

A.-P. Dustin fut, à la fois, un neurologue éminent, un histologiste et un embryologiste. Après avoir, dès 1909, décrit les Thymocytes dans le laboratoire du professeur Prenant et fait de nombreuses recherches au laboratoire de Roscoff, il devint professeur à l'âge de 25 ans ! Durant la guerre de 1914-1918, il se distingua par des travaux très importants à l'ambulance de l'Océan. Pendant vingt ans, il occupa à l'Ecole de Guerre la chaire de neuro-psychologie ! On demeure confondu de l'étendue et de la portée de ses travaux sur la cancérologie, les poisons caryo-clasiques, la technique des biopsies, ses publications d'histo-physiologie. Malgré le temps consacré à la recherche pure, il faisait de nombreuses conférences en Belgique et à l'étranger. Son enseignement était suivi par un grand nombre d'élèves qui se pressaient dans son laboratoire.

Par sa compétence administrative, par son aménité, par son rare talent d'élocution et la variété de sa culture artistique et littéraire, il s'imposait dans tous les milieux. Il n'est pas besoin du recul des années pour mesurer l'éclat que ce prodigieux cerveau a su faire rejaillir sur l'Université de Bruxelles et sur la science belge.

Comme nous le disions en commençant, Dustin ne comptait nulle part plus d'admirateurs qu'en France. Nous ne pouvons penser sans émotion à l'amitié qu'il nous témoignait, à l'accueil que Mme Dustin et lui nous faisaient à Bruxelles. Nous lui gardons aussi un souvenir reconnaissant pour l'honneur qu'il fit à la « Gazette des Hôpitaux » en lui confiant, peu avant la guerre (1938) un remarquable travail d'ensemble consacré à ses recherches sur la colchicine dans le cancer.

F. L. S.

COURS

UNION FEDERATIVE NATIONALE DES MEDECINS DE RESERVE
58, rue Chardon-Lagache, Paris 16e

Prochaines conférences. — 1° à Paris : le samedi 22 mars, à 21 heures, à la Faculté de médecine : « L'aptitude au rôle de chef », par M. le médecin général Debenedetti, directeur général du Service de Santé.

Le quart de place (non remboursable) en 1re, 2e ou 3e classe pour les officiers ; en 2e ou 3e classe pour les médecins auxiliaires, est accordé à tout médecin de réserve, membre de l'Association, désirant assister aux conférences. Il est indispensable que les demandes parviennent au bureau de l'U.F.N.M.R. dix-huit jours avant la date de la conférence, soit avant le mardi 4 mars. Les demandes doivent indiquer lisiblement : le nom les prénoms, l'adresse, le grade, la région militaire du postulant. Faute de tous ces renseignements, la demande ne pourra être acheminée.

Amphithéâtre d'anatomie. — M. le Dr Jean Braine, directeur des travaux scientifiques : Cours d'opérations chirurgicales (chirurgie de pratique courante), en dix leçons. Le cours commencera le lundi 21 avril 1947, à 14 h. 30, et continuera les jours suivants (samedi excepté), à la même heure).

Droit d'inscription : 900 francs. Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme. — 1° Chirurgie courante de la main (panaris, phlegmons, amputation des doigts, suture tendineuse) ; 2° Chirurgie de la plèvre ; 3° Chirurgie des parois abdominales ; 4° Chirurgie du tube digestif (sutures intestinales, résections intestinales, colostomies iliaques) ; 5° Chirurgie du tube digestif (gastro-entérostomie, gastrectomie) ; 6° Traitement des appendicites à chaud et à froid ; 7° et 8° Chirurgie de l'appareil génital de la femme ; 9° Chirurgie de l'appareil génital de l'homme ; 10° Chirurgie du rein, chirurgie médicale.

Cours complémentaires sur les maladies allergiques
(clinique expérimentation et thérapeutique)
du 19 au 22 mai 1947
Service du Prof. Pasteur Vallery-Radot
Hôpital Broussais 96, rue Didot, Paris

Du 19 au 22 mai 1947 aura lieu à la Clinique propédeutique de Broussais un cours complémentaire sur les maladies allergiques, comportant un enseignement théorique et des exercices pratiques.

L'entrée aux conférences théoriques sera libre. Les droits de participation aux exercices et démonstrations pratiques sont fixés à 2.000 francs. Le nombre d'inscriptions est strictement limité. Les demandes d'inscriptions devront être adressées au Secrétariat de la Clinique propédeutique de Broussais, 96, rue Didot, Paris.

19 mai : démonstrations pratiques. — 9 heures. — Etude du choc anaphylactique dans les diverses espèces animales (chiens, lapins, cobayes) : Dr Halpern.

Leçons théoriques. — 14 h. 30. — Préambule : Prof. Pasteur Vallery-Radot.

14 h. 45. — L'anaphylaxie expérimentale : Prof. agr. Mauric.

15 h. 30. — Généralités sur l'allergie humaine : les moyens de diagnostic : Prof. agr. Mauric.

16 h. 30. — Chimie des antigènes et des anticorps : M. Grahar, de l'Institut Pasteur.

20 mai : Démonstrations pratiques. — 9 heures. — Asthme expérimental provoqué chez l'animal par des antigènes spécifiques et des substances pharmacodynamiques. Action protectrice des antihistaminiques et de quelques alcaloïdes : Dr Halpern.

11 h. 30. — Méthode de dosage des anticorps par les précipitines : M. Grahar, de l'Institut Pasteur.

Leçons théoriques. — 14 h. 30. — L'allergie en pathologie respiratoire (rhume des foins, asthme, coryza spasmodique, toux spasmodique) : Dr Blamoutier.

15 h. 30. — L'allergie en dermatologie : Prof. agr. Mauric.

21 mai : Démonstrations pratiques. — 9 heures. — Etude de la bronchomotricité : bronchospasme au cours du choc anaphylactique et sous l'influence des agents pharmacodynamiques : Dr Halpern.

11 heures. — Démonstration des tests utilisés chez l'homme pour la détermination d'une sensibilisation spécifique : Mme A. Holtzer.

Leçons théoriques. — 14 h. 30. — L'allergie dans les autres domaines de la pathologie (ophtalmologie, système nerveux, cœur, système urinaire, tube digestif, etc.) : Prof. Pasteur Vallery-Radot.

15 h. 30. — Traitements anti-allergiques : Prof. Pasteur Vallery-Radot.

22 mai : Démonstrations pratiques. — 9 heures. — Dosage biologique de l'histamine. Anaphylaxie « in vitro » : Dr Halpern.

11 heures. — Emploi des aérosols en clinique : appareils et indications : Prof. agr. Hamburger.

Leçons théoriques. — 14 h. 30. — Traitements anti-allergiques (suite) : Prof. Pasteur Vallery-Radot.

15 h. 30. — Anatomie pathologique des manifestations allergiques expérimentales et humaines : Prof. Cornil.

16 h. 45. — Conclusion : Prof. Pasteur Vallery-Radot.

Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale

Professeur : M. E. Brumpt.

M. le professeur H. Galliard a repris le cours de parasitologie et histoire naturelle

médicale le samedi 1er mars 1947, au petit Amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mardis et jeudis suivants, à 16 heures.

CHAIRE DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
Professeur M. Fernand LEMAITRE

ENSEIGNEMENT DE LA PHONIATRIE. — Le Dr Jean Tarneaud, chef des travaux de phoniatrie à la Faculté de Médecine de Paris, et Mme Borel-Maisonny, directrice du service de rééducation de la parole à l'hôpital des Enfants-Assistés, donneront une série de douze leçons cliniques avec démonstrations, sur la séméiologie et la thérapeutique en phoniatrie, du 9 au 15 juin 1947.

1° La voix parlée et chantée ;
2° Examen de la parole, de l'élocution, du langage ;
3° Séméiologie des maladies de la voix ;
4° La parole normale ;
5° Les dysphonies fonctionnelles et leur traitement ;
6° Le langage normal ;
7° Les dysodies et leur traitement ;
8° La parole pathologique et son traitement ;
9° La voix et la chirurgie ;
10° Le langage pathologique et son traitement ;
11° Les réadaptations vocales dans la laryngite chronique et après la laryngectomie et la paralysie récurrentielle ;
12° Le bégaiement ; sa thérapeutique.

Pour l'inscription, s'adresser au secrétariat de la Faculté de Médecine, guichet 4, lundi, mercredi, vendredi de 14 à 16 heures et pour tous renseignements, au docteur Tarneaud, 27, avenue de la Grande-Armée, Paris (16e).

CLINIQUE MÉDICALE DE SAINT-ANTOINE
Professeur Etienne CHABROL

Acquisitions récentes sur l'exploration fonctionnelle du foie et des voies biliaires

Ce cours complémentaire, destiné aux médecins et aux étudiants en fin de scolarité, aura lieu du lundi 24 mars au samedi 29 mars, le matin de 10 heures à midi, dans l'amphithéâtre de la maternité de l'hôpital Saint-Antoine (entrée rue de Chaligny).

Lundi 24 mars. — Les réactions douloureuses du foie et des voies biliaires : Classification clinique et pathogénie, par M. Chabrol; Cholécystographie, angiocholégraphie, radiomanométrie biliaire, par M. Porcher.

Mardi 25 mars. — Notions nouvelles sur les ictères : Le diagnostic des ictères épidémiques et de leurs séquelles, par M. Chabrol ; Le diagnostic biologique des ictères, par M. Jean Cottet.

Mercredi 26 mars. — Les œdèmes des hépatiques : Les épreuves de polyurie provoquée ; la mesure de la masse sanguine, par M. Cachera.

Jeudi 27 mars. — Le métabolisme des sucres chez les hépatiques : Les épreuves de glycosurie et de galactosurie provoquées dans les ictères et les cirrhoses du foie, par M. Jean Sallet ; La fièvre des hépatiques et la pénicilline, par M. Chabrol.

Vendredi 28 mars. — Les hémorragies des hépatiques : Leur thérapeutique en chirurgie biliaire ; leur traitement par la splénectomie, par M. Caroli.

Samedi 29 mars. — Les anémies ictérigènes : Notions récentes sur la splénectomie, les transfusions sanguines et le facteur rhesus, par M. André.

Nécrologie

— Le Dr Paul Sérieux, médecin honoraire de l'Asile Sainte-Anne, décédé le 26 janvier 1947.

— Le Dr Henri Mauban, ancien interne des hôpitaux de Paris (1901), ancien médecin consultant à Vichy.

— Le Dr Jean Golay (de Genève), privat docent de dermatologie et de syphiligraphie, ancien président de la Société médicale de Genève, vient de mourir à l'âge de 58 ans. Le Dr Golay avait été l'assistant du professeur Bard à la Clinique médicale, puis du professeur d'Espine à la Clinique infantile, enfin du professeur Oltramare et du professeur du Bois à la Clinique dermatologique. Il jouissait de l'estime générale et ne laisse que des regrets.

— On annonce encore la mort du professeur Wieland-Burckhardt, l'éminent pédiatre de Bâle.

— Nous apprenons enfin la mort, survenue à l'âge de 80 ans, de Mme Gilbert Ballet, veuve du professeur à la Faculté de Médecine de Paris. Nous adressons nos très affectueuses condoléances à sa fille, Mme Roger Glénard, à son gendre, le Dr Roger Glénard (de Vichy), et à son beau-frère, le Dr Victor Ballet (d'Evian).

LIVRES NOUVEAUX

Traité de Rééducation, par G. DE PARREL. 1 vol. in-8° raisin de 640 pages, 600 fr. « Les Ordres de Chevalerie », Edit., 10, rue de Rome, Paris (8e).

Dans l'ouvrage très important que nous présente le Dr de Parrel, l'auteur rassemble le fruit de près de quarante ans de recherches, d'initiatives, de mises au point, d'observations. Ses exposés prouvent de façon évidente que, pour mener à bien la mission de rééducateur, il faut avoir des clartés de neuro-psychiatrie, d'oto-rhino-laryngologie, de pédiatrie, de phonologie, de thérapeutique endocrino-fonctionnelle, de psycho-pédagogie et de psychothérapie. A ce titre, le **Traité de Rééducation** prend l'allure d'une véritable encyclopédie pratique.

Il s'adresse donc à tous ceux qui participent à l'éducation et à la rééducation de l'enfant ou veulent s'y consacrer ; aux médecins d'enfants, aux médecins des services médico-sociaux et scolaires ; aux médecins contrôleurs, experts ou consultants des Assurances sociales ; aux assistantes sociales ; à tout le personnel des œuvres d'enfants. Il s'adresse aussi — et ce n'est pas un de ses moindres avantages — aux parents anxieux de l'avenir proche ou éloigné de leurs enfants mal engagés. Il pourra servir enfin aux adultes entravés dans leurs activités sensorielles, psycho-motrices ou phonatoires et qui ne peuvent suivre un traitement normal dans un Etablissement de rééducation.

Dans ce Traité qui débute par un exposé très complet des notions qui sont la base de la rééducation, l'auteur décrit notamment les techniques : celles qui s'adressent aux déficients de l'intelligence, aux retardés du langage, aux retardés scolaires, aux mongoliens, aux audimuets. Celles qui permettent de récupérer les mal-parlants (dyslaliques, nasonneurs) et les mal-respirants (obstrués du nez et du pharynx, dyspneumiques). Celles qui ont pour but le rétablissement de l'équilibre du caractère chez les instables, les hyperémotifs, les déviés du sens moral ou de l'affectivité. Celles qui sont applicables aux mal-entendants (sourds, demi-sourds, sourds-muets) et qui régissent la démutisation, l'éducation acoustique, l'initiation à la lecture sur les lèvres, l'enseignement spécial.

Un important chapitre est réservé aux méthodes nouvelles de rééducation psycho-motrice : la présentation en a été confiée à Mme Louise MATHA (Mme G. de Parrel), qui en a créé les techniques plurivalentes et les applique avec efficacité à de nombreux bègues, bredouilleurs, incoordonnés, débiles ou instables psychomoteurs.

Le **Traité de Rééducation** du Dr de Parrel a le grand mérite d'être à la fois vivant et vécu. La forme en est alerte et claire. Il remportera certainement un succès qui sera pour son auteur le couronnement d'une vie de travail. L.

Le Livre Blanc 1947. Formulaire médical, aux Editions Henri PERRIER, 3, rue Aubriot, Paris (4e). 225 fr. franco, contre remboursement, 275 fr. 1540 pages qui condensent sous un format resté maniable un ensemble de renseignements du plus grand intérêt pour le médecin.

Consultations médicales avec présentation de spécialités pharmaceutiques sélectionnées et classées par maladies d'après leur composition ou leur mode d'action.

Notices détaillées de ces mêmes préparations.

Enumération intégrale des spécialités en 2 classements : alphabétique, puis numérique ; avec indication de la catégorie de remboursement par les Assurances sociales.

Renseignements divers sur : les stations thermales, etc...

Le Livre Blanc 1947, par l'originalité de son plan, l'abondance de sa documentation, la rigueur des classements, reste l'instrument de travail indispensable au médecin en clientèle.




OXYURYL


VIOLET DE GENTIANE


INDICATIONS
GLUCALC
GLUCALCIUM
GLUCALCIUM
GLUCALCIUM

Dépôt légal. — 1947. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

28

Nos 12-13. — SAMEDIS 22-29 MARS 1947 120e ANNEE Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

Abonnement : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

Publicité : M. A Thiollier 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : Littré 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François Le Sourd — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel Lance

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France.............. au lieu de ....375 fr.	356 fr.
Un an : étudiant............. au lieu de................200 fr.	190 »
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

Pour rester dans les limites de notre attribution de papier prévue pour 4 numéros par mois, nous sommes obligés de jumeler les 4e et 5e numéros du mois de mars.

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Internat en médecine 1946

Liste des candidats reçus internes

Classement. — MM. :

1. Vaujour, Pierre ; Connault, Jacques ; Cayla, Jacques ; Tobe, François ; Voisin, Guy ; Hinaut, Georges ; Bouttier, Léon ; Trouillard, Pierre ; Coquard, Philippe ; Pellerin, Denys ; Laham, Jean ; Berthaux, Paul ; Roisin, René ; Lévêque, Bernard ; Pironneau, Armand ; Goudal, Henri ; Martin, Jean ; Tabernat, Jean ; Debray, Jacques ; Flavigny, Joseph.

21. Forest, André ; Vernant, Pierre ; Solignac, Henri ; Legrain, Marcel ; Sabouraud, Olivier ; Vandooren, Michel ; Rougerie, Jacques ; Bezard, Jean ; Malinas, Yves ; Mlle Fouque, Marie ; Weissenbach, Robert ; Mlle Gilbert, Renée ; Pinchon, Serge ; Chapuis, Gérard ; Habib, Georges ; Benoit, Pierre ; Cazes, Georges ; Dessus, Henri ; Malzevin, Jean ; Ferreux, Jean.

41. Mlle Chapu, Madeleine ; Blanc, Pierre ; Welfling, Jean ; Robineaux, Roger ; Loubry, Pierre ; Chabrol, Jean ; Degeorges, Michel ; Bousquet, Guy ; Dubost, Claude ; Pecker, Jean ; Martin, Pierre ; Wapler, Claude ; Hacker, Raymond ; Laumonier, René ; Colbert, Jean ; Roussillon, Jean ; Coutel, Yves ; Michaux, Gilbert ; Leménager, Jacques ; Etienne, Michel.

61. Lagrange, Jean ; Maffang, Yves ; Moulonguet, Henri ; Lamare, Jean ; Maschas, Alexandre ; Lemaire, Marcel ; Ossipovski, Boris ; Mlle Cruciani, Christine ; Hummel, Jacques ; Bouffard, Jacques ; Batisse, Raymond ; Leclercq, Robert ; Detrie, Philippe ; Sourdille, Jean ; Durfourmentel, Gérard ; Basset, Guy ; Ribière, Michel ; Garbay, Michel ; Savoie, Jean ; Dejours, Pierre.

81. Vallin, Jacques ; Auvigne, Jean ; Mlle Dupeyron, Thérèse

Liste des candidats externes en premier

Classement. — MM. :

1. Trélat, Jean ; Dunoyer, Jean ; Marchand, Jean ; Poncet, Paul ; Le Bouteiller, Michel ; Uro, Jean-Marie ; Vanderpooten, Claude ; Jagailloux, Serge ; Mathis, Philippe ; Gatelman, Raymond ; Petit, Jérome ; Tiret, Maurice ; Lefèvre, Jacques ; Foucher, Michel ; Godde, Claude ; Viveret, Jacques ; Renard, Jean ; Vidal, Jean ; Calendrier, Louis ; Dugourd, Jacques.

21. Chartier, Michel ; Collot, Francis ; Mlle Jolly, Denise ; Lévy, Alfred ; Bertrand, Jean ; Mlle Lebailly, Geneviève ; Flament, Jean ; Coudert, Jean ; Picard, Robert ; Bruneau, Jean ; Maret, Robert ; Bruel, André ; Baudoin, Yves ; Doufourmentel, Philippe ; Caramanian, Kéropé ; Herman, Jean ; Gras, Henri ; Héraud, Guy ; Clément, Daniel ; Cellerier, René.

41. Briens, Jean ; Cournot, Louis ; Montouchet, Michel ; Cendron, Jean ; Lotte, Jean ; Mensior, Jean ; Le Bourhis, Jean ; Litker, Michel ; Pouchol, Georges ; Plessier, Pierre ; Matet, Yves ; Coullaud, Denis ; Avril, Jean ; Hervé, Raoul ; Redor, Maurice ; Verlet, Jean ; Dherny, Pierre ; Martinetti, Joseph ; Lecointre, Claude.

Externat en médecine 1946

Liste des candidats reçus par ordre alphabétique

MM. Abduscheli, Frémousari ; Mlle Acar, Simone ; d'Adesky, Raymond ; Aicardi, Jean ; André, Michel ; Artus, Bernard.

Badinier, François ; Mlle Baigue, Charlotte ; Mlle Barbet, Nicole ; Bard, Michel ; Bartoli, Dominique ; Mlle Bauer, Paulette ; Baulieu, Emile ; Bavay, Maurice ; Beaufils, Jean-Paul ; Bègue, Jean ; Bennet, Jean-Marie ; Benureau, Claude ; Berkman, Mordehay ; Bernardini, Pierre ; Bertaux, Yves ; Bertier, Jacques ; Besançon, François ; Beuzeville, Charles ; Bidault, Claude ; Bidaux, Pierre ; Bidoux, Lucien ; Bireau, Pierre ; Mlle Birebent, Geneviève ; Bismut, André ; Blamoutier, Jean ; Mlle Blanchard, Marguerite ; Mlle Blas, Françoise ; Bobée, Pierre ; Mlle Bonnerot, Denise ; Bordeau, Jacques ; Bouhey, Jean-Baptiste ; Mlle Bourgeois, Anne-Marie ; Briand, Claude ; Brzezicki, Antoine ; Bucquet, Charles.

Cabrol, Christian ; Calais, Robert ; Camus, Jean-Paul ; Canet, Jean-Louis ; Canet Luc ; Cariou, Robert ; Caron, Jacques ; Mlle Catat, Michelle ; Mlle Catoire, Olga ; Chabrand, Charles ; Chadeyron, Pierre ; Chalvignac, André ; Chalvignac, Pierre ; Champigneux, Pierre ; Chanteur, Jean ; Charlas, Robert ; Charles, Fernand ; Chaubin, François ; Chaumont, Pierre ; Chevrier, Louis ; Chicon, Jean ; Mme Chouraki, Simone ; Mme Cohen, Chloumau ; Cohen, Moïse ; Cohen, Boulakia ; Corbin, Michel ; Cormier, Jean ; Cornu, Claude ; Coulhon, Hubert ; Mlle Crèpy, Danielle.

Dagneaux, Maurice ; Dagorne, Jean ; Mme Daim, Claude ; Dambion, Marcel. Mlle Damlamian, Nora ; Danger, Raymond ; Daub, Pierre ; Debray, Henri ; Deglise, Pierre ; Dehelly, Jacques ; Mlle Delafontaine, Jacqueline ; Delavault, Henri ; Deligne, Jean ; Delmas, Jacques ; Delobel, Jacques ; Delouche, Gilles ; Deluzenne, Robert ; Depoux, Raymond ; Derrion, Max ;

Desprez, Jean-Paul ; Mlle Detienne, Josyane ; Mlle Devanne, Marie ; Dobelle, Jean-Pierre ; Doudey, Max ; Druais, François ; Dubois, Jean-Gaston ; Dubois, Jean-Philippe ; Dubost, Maurice ; Duchemin, Robert ; Duchêne, Edmond ; Ducoudre, Raymond ; Mlle Ducoulombier, Renée ; Mlle Dufour, Jeanine ; Dugas, Michel ; Dumont, Georges ; Mlle Duncombe, Franck ; Dupont, Jacques ; Durand, Jacques ; Duriez, Jean-Claude ; Durin, Raymond ; Mlle Dutertre, Jacqueline; Mlle Dvoskine, Jeanne.

Estrader, François ; Etienne, Michel ; Evenon, Michel.

Fanjoux, Jacques ; Mlle Fanjoux, Marguerite ; Mme Fargues, Viviane ; Fellus, Pierre ; Feuillet, Pierre ; Fihey, Alain ; Fillassier, Noël ; Finet, Claude ; Flandrin, Jean-Marie ; Fortier, Jean ; Fourcade, Raymond ; Franc, Camille.

Gaiffe, Michel ; Garbay, Jean-Pierre ; Garnier, Henri ; Gastinel, Henri ; Gelin, Jean ; de Gennes, Jean-Luc ; Gillot, Raymond ; Mlle Goachet, Jacqueline ; Gorrand, Michel ; Mlle Gossiaux, Micheline ; Gougis, Michel ; Gouin, Jean-Loïc ; Gouzon, Jean ; Mlle Greder, Yvonne ; Grelier, Jean-Claude ; Grenier, Albert ; Griveaud, Pierre ; Gruet, Paul ; Mlle G'sell, Marguerite ; Mlle Guenin, Françoise ; Guerre, Jean ; Guendre, Guy ; Guillermou, Robert ; Guillet, Bernard ; Guimbaud, Pierre.

Haye, Christian ; Mlle Hébert, Hélène ; Hébert, Michel ; Mlle Hervieux, Monique ; Himbert, Jean ; Mlle Hirsch, Christiane ; Hirsch, Jean-François ; Holzmann, David ; Mlle Hueber, Elisabeth ; Huet de Barochez, Yves ; Mlle Hugot, Denise ; Husson, Albert ; Husson, René.

Ilien, Jean-François ; Israel, Lucien.

Janots, Paul ; Jarlot, Roger ; Jarriou, Philippe ; Jeanson, François.

Mlle Kahn, Denise ; Mlle Kahn, Jacqueline ; Kamoun, Abderrahmane ; Kieny, Charles ; Mlle Kivéliovitch, Lydie.

Lacalmontie, Jean ; Lachartre, Pierre ; Lacuire, Claude ; Lambert, Pierre ; Mlle Lamy, Madeleine ; Lassieur, Pierre ; Laurent, Daniel ; Mme Laurent, Huguette ; Lautier, Pierre ; Lavigne, Paul ; Mlle Lebrun, Jacqueline ; Lecharpentier, François ; Le Chevalier, Jacques ; Le Chevallier, Paul ; Leconte, Pierre ; Lefrançois, Robert ; Mlle Le Goff, Monique ; Legros, Maurice ; Lehmann, Gérard ; Leleu, Maurice ; Lemoine, Daniel ; Lepage, Michel ; Lepère, Jean-Paul ; Le Roux, Pierre ; Lévêque, Bernard ; Mlle Lévy, Françoise ; Lévy, Jacques ; Lieveaux, André ; Lombard, Gabriel ; Longy, Claude ; Lutier, Henri ; Lyon, Didier.

Magne, Charles ; Maigne, Robert ; Maître, Maurice ; Malet, Maurice ; Malinvaud, Gilbert ; Maugolte, Pierre ; Marganaz, André ; Maret, Gilbert ; Marteau, René ; Maurat, Jean ; Menudier, Jacques ; Mlle Michel, Christiane ; Michel, Jeant ; Michon, Hubert ; Miginiac, Jean ; Millet, Pierre ; Moreau, Claude ; Morin, Bernard ; Mlle Mosse, Arlette ; Moucoud'huys, Yves ; Moullet, Robert.

Nullet, Jean ; Naouri, Guy ; Natali, Robert ; Nepveux, Paul.

Obriot, Jean.

Paupe, Jean; Pelleray, Jacques ; Perol, Roland ; Perreau, Michel ; Mlle Perrot, Ginette ; Mlle Pescadoux, Denise ; Mlle Phelipon, Onnick ; Plaisance, Guy ; Mlle Poire, Geneviève ; Poujade, Jacques ; Prévost, André ; Mlle Prévost, Gisèle ; Preyssas, Jacques ; Mlle Pruvost, Monique.

Mlle Rampon, Simone ; Raschkousky, Tamara ; Raverdy, Philippe ; Mlle Raynal, Janine ; Reboul, René ; Mlle Redon, Monique; Reignier, Jean ; Revert, Pierre ; Richard, Jean ; Paris, Michel ; Mlle Rieu, Odette ; Rivalier, Jean-Claude ; Roblin, François ; Ronsin, Robert ; Rousseau, Claude ; Roux, Pierre - Georges ; Mlle Roux, Simone ; Royer, Jean.

Sallou, Claude ; Salmon, Jean ; Salmon, Charles ; Mlle Sarrut, Suzie ; Schæfer, Philippe ; Sebouk, Abraham ; Mlle Sejourne, Madeleine ; Sejourne, Maurice ; Mlle Sentoutovitch, Sylvie ; Mlle Serbource, Elisabeth ; Sevestre, Pierre ; Stern, Olivier ; Stip, Jacques ; Suignard, Louis ; Sureau, Claude.

Thellier, Gérard ; Thibaudin, Louis ; Thibaut, Bernard ; Thieullet, Daniel ; Thierrée, Régis ; Thin, Jean ; Touraine, René ; Mlle Tournier, Christiane ; Tupin, Jacques.

Voisin, Bernard ; Validire, Jean ; Vallier, Guy ; Vannier, Robert ; Vannieuwenhuyse, Jean ; Var, Maurice ; Vassal, Pierre ; Verdenal, Jean-Paul ; Vergez, André ; Verliac, Philippe ; Vernet, Jean ; Verse, Alain ; Vert, Serge ; Vibert, Paul ; Vignaud Dupuy de Saint-Florent ; Vigneron, Philippe ; Vignes, Pierre ; Vildrin, Marie-Joseph ; Mme Villiaumey, Madeleine ; Vincent, Jacques ; Vinson, Bernard ; Vinyes, Jacques ; Mlle Virnot, Elisabeth.

Waldmann, Claude.

Zouhair, Essafi.

(Voir fin des informations page 193)

Naissance

Le Dr J. Gay, d'Excideuil (Dordogne), fait part de la naissance de sa seconde fille Anne-Marie (le 12 mars 1947).

Nécrologie

— Le Dr Georges Gayet, professeur honoraire à la Faculté de Médecine, chirurgien honoraire des hôpitaux de Lyon, décédé à l'âge de 77 ans.

RENSEIGNEMENTS


ovules secs
STÉRIGYNE
Désodorisent. Calment le prurit.
Ne coulent pas. Ne tachent pas.
Leucorrhée, hygiène intime
LABORATOIRES SERVIER - ORLÉANS


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE
Laboratoires J. LAROZE _ 54, rue de Paris _ Charenton (Seine)
HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau


Comme avant-guerre
PINEOLEUM
est redevenu Huileux
ANTISEPTIQUE SPÉCIFIQUE
DES AFFECTIONS RHINO-PHARYNGÉES
2 FORMULES SIMPLE EPHÉDRINÉ
3 FORMES PULVÉRISATEUR APPLICATEUR GRAND FLACON
LABORATOIRE Phygiène
Laboratoire Français de Spécialités PHYsiologiques et hyGIENiques
7, rue Lucien Jeannin - La Garenne (Seine)

Déterminations de la neurotoxine colibacillaire sur le système nerveux

(moelle épinière et centres cérébraux)

par M. Hyacinthe VINCENT

Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine

L'étude des maladies infectieuses compliquées ou suivies de symptômes nerveux caractérisés, conduit de plus en plus à attribuer ces derniers — en l'absence de localisation cérébrale ou médullaire du microbe lui-même — à l'action élective des *toxines* sécrétées par leurs agents pathogènes. Cette influence paraît avoir été jusqu'ici méconnue ou négligée, exception faite pour la diphtérie et le tétanos. Or, même pour la maladie charbonneuse qui est le type des septicémies microbiennes, la bactéridie, ainsi que je j'ai constaté n'est pas entièrement exempte de sécrétion toxique.

Metschnikoff et Roux ont fait mention de cette propriété toxigène chez le vibrion du choléra. La dualité des toxines sécrétées par un même agent pathogène constitue, d'autre part, une notion qu'il y a lieu de rappeler ici et qui n'avait pas encore été mentionnée avant 1915. A cette dernière date, j'ai appelé l'attention sur l'existence de deux toxines distinctes produites par le bacille de la fièvre typhoïde (1). Ultérieurement, j'ai décrit leurs caractères distincts. Enfin, dans un ensemble de publications dont la première a été faite en 1925, j'ai signalé et décrit les deux toxines d'un microbe appartenant au même groupe, le *Bacillus Coli*, savoir la *neurotoxine* et l'*entérotoxine* colibacillaires (2).

C'est de la première toxine et de ses effets pathogènes puissants observés cliniquement chez l'homme et expérimentalement chez l'animal, qu'il sera spécialement question ici.

L'entérotoxine colibacillaire agit sur l'intestin, le foie, les reins, les capsules surrénales, etc. Quant à la neurotoxine du colibacille, elle exerce électivement ses effets sur les centres nerveux, le cerveau, le bulbe, la moelle épinière, déterminant des symptômes cliniques caractéristiques d'une grande importance qui vont être rappelés. La toxine neurotrope existe dans les cultures jeunes en bouillon, âgées de 18 à 20 heures.

Comme en beaucoup d'autres domaines, on ne peut séparer les faits cliniques des notions de laboratoire. Rappelons dès à présent que le *Bacillus Coli*, agent de nombreuses manifestations morbides, sécrète en proportions variables l'une et l'autre toxines. Cette double sécrétion est tantôt très faible, tantôt abondante, ce qui explique la diversité des symptômes et la prédominance de certains d'entre eux, chez les malades. D'autre part, ce bacille offre de très nombreuses variétés, mais celles-ci sont secondaires car elles ne concernent pas la double propriété fondamentale du microbe, savoir son pouvoir antigène et sa sécrétion des deux toxines. D'ailleurs, ici, un colibacille non pathogène peut être expérimentalement transformé en agent virulent et très toxigène, ainsi que je l'ai démontré.

Il y a plus. Sous sa forme toxi-infectieuse maxima, le *Bacillus Coli*, lorsqu'il rencontre dans le milieu humain des conditions favorisantes, peut donner lieu à des épidémies locales par contagion directe ou indirecte. J'ai observé autrefois une grave épidémie de septicémie colibacillaire chez des militaires transportés de Madagascar en France dans un même bateau. Des constatations semblables ont été faites dans des salles d'accouchement.

(1) H. VINCENT. *C. R. Acad. des Sciences*, t. 161, 25 août 1915, p. 220.

(2) H. VINCENT. *C. R. Acad. des Sciences*, t. 180, 1925, pp. 239, 407, 1083, 1624 ; *ibid.*, t. 187, 1928, pp. 407 et 787 ; *ibid.*, 1929, p. 381 ; *ibid.*, t. 197 ; 1933, p. 502-541. — *Cours du Collège de France*, 1926-1927. — *Soc. de Biol.*, juillet 1922. — *Acad. de Médecine*, 27 nov. 1928 ; 19 mars 1929 ; 20 avril 1930 ; 24 juin 1941, etc.

Id., *Riforma medica*, n° 26, 1930 ; *Vida Nueva* (La Havane), mars 1931.

Id., *Congrès intern. de Thérapeutique*, Paris, 1933.

Id., *Cronica medica*, 15 mai 1939.

Id. Revue de médecine. 1939, p. 1, etc.

***

Il est utile de signaler, tout d'abord, les effets expérimentaux déterminés sur le système nerveux central par la toxine neurotrope du colibacille, car ils nous guident sur l'interprétation des symptômes et des lésions observés en pathologie humaine. Les animaux de laboratoire et particulièrement le lapin sont très sensibles à cette toxine.

L'injection intracérébrale de deux gouttes du filtrat de culture d'un bacille toxigène, tue le lapin en quelques heures. Elle est suivie aussitôt, tantôt de phénomènes d'excitation (cris, soubresauts, fuite), tantôt d'un état de torpeur de plus en plus prononcée.

Lorsqu'elle est faite sous la peau ou dans la veine, l'animal devient après quelques heures, immobile, puis comateux et il meurt en 12 à 16 heures, en moyenne.

Fait intéressant, l'injection sous-cutanée de la neurotoxine a déterminé, chez deux lapins, de véritables *troubles mentaux :* chez l'un, fugues continues en arrière, comme s'il était menacé par des visions terrifiantes ; chez l'autre, monomanie singulière. L'animal dévorait systématiquement les oreilles des lapins mâles ou femelles, ainsi que des cobayes que l'on mettait dans sa cage.

Mais le fait dominant (et qui, comme le précédent a son similaire en pathologie humaine) se manifeste presque toujours chez le lapin lorsqu'il survit à l'injection, soit de la culture, soit de son filtrat : c'est l'apparition après quelques jours ou quelques semaines, parfois après quelques mois, d'une *paralysie progressive*. Elle débute le plus souvent par les membres postérieurs et gagne plus ou moins rapidement les membres antérieurs puis les muscles cervicaux. L'atteinte bulbaire est suivie de mort rapide.

Pareille évolution de la myélite colibacillaire se manifeste chez l'homme, mais ce processus est considérablement plus rare que chez le lapin inoculé.

Chez ce dernier, comme chez l'homme, on observe l'atrophie aiguë et progressive des muscles paralysés, l'anesthésie et l'analgésie totales. Tous ces symptômes traduisent la lésion anatomique complète des cellules des cornes antérieures et postérieures, qu'on peut vérifier par l'examen microscopique.

Parfois l'apparition de la myélite progressive a été tardive. Un lapin inoculé avec la toxine avait repris sa santé et augmenté de poids. Huit mois plus tard, la myélite est apparue, affectant une évolution aiguë mortelle. Au microscope, on pouvait constater des lésions considérables des cellules des cornes antérieures et postérieures de la moelle.

Fait important, lorsqu'au lieu de la culture filtrée de *Bacillus Coli*, on injecte la culture vivante elle-même, l'ensemencement de la moelle épinière et son examen microscopique faits après la mort ne décèlent aucun bacille. Les symptômes paralytiques et la mort résultent donc de l'action élective exercée par la toxine neurotrope, non par le bacille lui-même.

Ces expériences apportent, en conséquence, l'interprétation des paralysies observées chez l'homme à la suite de l'infection colibacillaire. On les avait considérées jusqu'ici, comme incurables.

Or on peut guérir rapidement et même complètement, en trois ou quatre jours, la paralysie du lapin, surtout lorsqu'on la traite précocement. Faites avant l'apparition des symptômes bulbaires, les injections de sérum anticolibacillaire arrêtent l'évolution de la paralysie et même déterminent une régression très nette et plus ou moins marquée de celle-ci, en même temps qu'une amélioration notable de l'atrophie musculaire. Ce qui démontre que la fixation de la toxine sur les éléments cellulaires de la moelle épinière n'aboutit pas d'emblée à la cytolyse complète de ses cellules : il y a initialement une simple imprégnation curable de celles-ci.

***

J'ai cité ici sommairement les constatations expérimentales qui précèdent parce qu'elles apportent une explication rationnelle des symptômes et des lésions observées chez l'homme à la suite de la toxi-infection due au *Bacillus Coli*. Encore est-il que cette origine est fréquemment méconnue, surtout quand la paralysie survient à une date éloignée de l'emprise microbienne, ou bien lorsque celle-ci a été en apparence peu grave ou encore, ce qui est assez fréquent, lorsque le malade a été atteint de pyélo-néphrite et que le bacille a disparu des urines, laissant cependant sur la moelle ou le cerveau, son empreinte souvent mortelle par l'intermédiaire

de la toxine neurotrope. L'infection initiale proprement dite a pu s'exercer sur les reins, sur le foie et la vésicule biliaire, etc. J'ai montré que le *Bacillus Coli* est l'agent prédominant des *appendicites compliquées de péritonite* locale ou générale. L'infection colibacillaire peut encore déterminer des symptômes simulant la fièvre typhoïde ou paratyphoïde et être suivie après la guérison et à une date éloignée, de la myélite ascendante mortelle, etc.

La nature et la pathogénie exactes de cette affection si redoutable et d'évolution toujours ou presque toujours mortelle avant la sérothérapie spécifique, avaient échappé et échappent encore parfois aux médecins neuropathologues et aux psychiatres.

Car la neurotoxine est aussi, dans un certain nombre de cas, le facteur initial essentiel de symptômes nerveux cérébraux, depuis la neurasthénie jusqu'aux troubles mentaux les plus sévères.

Le rôle des maladies « urinaires » dans les paralysies avait été pressenti autrefois par Charcot. Il avait même noté que ces paralysies peuvent apparaître deux ans, cinq ans et même dix ans plus tard.

J'ai moi-même observé autrefois, avant l'ère sérothérapique, deux cas de myélite ascendante aiguë et mortelle survenue chez deux malades : l'un âgé de 22 ans avait eu trois ans auparavant une fièvre continue. Son urine renfermait le colibacille. Le microbe avait disparu de l'urine lors des symptômes paralytiques. Le second malade, médecin âgé de 58 ans, avait été atteint, quatre ans auparavant, d'une infection générale aiguë qualifiée de « fièvre typhoïde » et qui était due en réalité à une infection colibacillaire.. Son urine qui me fut envoyée, contenait en abondance un *B. coli* très toxigène. J'appris que ce malade, non traité par le sérum, était mort plus tard d'une myélite ascendante aiguë.

Il y a lieu de noter que cette affection si sévère peut succéder aussi à une colibacillose de moyenne gravité. En présence d'une paralysie d'origine incertaine, il convient, en conséquence, de s'enquérir des antécédents morbides — même anciens — du malade et de traiter éventuellement celui-ci sans retard, en cas de colibacillose certaine ou possible.

***

La fixation de la toxine neurotrope *sur le cerveau* ne paraît pas, contrairement à ce qu'on observe dans sa localisation sur la moelle épinière, donner lieu à une altération histologique de ses cellules, au moins le plus souvent, car les malades atteints de symptômes cérébraux sont susceptibles de guérir, même si leur affection est ancienne. Il y a là une différence remarquable et jusqu'ici inexpliquée, mais d'un haut intérêt pratique. Imprégnées et inhibées par la toxine, les cellules cérébrales conservent cependant leurs propriétés latentes.

Cette imprégnation cérébrale donne lieu à une symptomatologie variée, depuis les manifestations de certaines neurasthénies jusqu'aux formes les plus sévères de l'aliénation mentale.

Le professeur Lippens, de Bruxelles, m'a signalé le cas d'un malade âgé de 70 ans et atteint, *depuis l'âge de 17 ans*, de neurasthénie très accusée et aggravée par des crises de dépression mentale profonde et d'hypochondrie. Traité par le sérum anti-colibacillaire, ce malade a guéri. J'ai eu connaissance d'autres cas analogues.

Les formes les plus redoutables de psychose, savoir : onirisme, confusion mentale, délire permanent, etc., sont susceptibles d'apparaître sous l'influence d'une étiologie semblable. Il va sans dire qu'il peut exister des psychoses d'autre origine chez d'anciens malades colibacillaires. En de tels cas, la thérapeutique et ses effets positifs ou négatifs viendront éclairer leur origine, car ces syndromes, lorsqu'ils sont dus à l'intoxication colibacillaire, sont curables.

J'ai fait connaître, en 1929, à l'Académie de Médecine, des exemples de cette nature. L'un concernait une malade de 70 ans qui, à la suite d'une pyélonéphrite très grave colibacillaire, fut atteinte de troubles mentaux dramatiques : mutisme absolu, stupeur totale entrecoupée de crises délirantes, refus de manger ; la malade ne reconnaît plus son mari ni ses enfants. Elle pousse des cris, par intervalles, puis retombe dans la torpeur. Ces symptômes ont guéri complètement en dix jours, à la suite de la sérothérapie intensive.

Voici un autre exemple. Un enfant âgé de 11 ans, que sa mère avait conduit, en 1926, à mon laboratoire, était atteint depuis six années de délire mystique continu, de mutisme total, de manie d'isolement, refusant de s'alimenter, etc. Maigreur et anémie considérables. Ces symptômes avaient succédé à une appendicite opérée tardivement (1). L'urine de l'enfant ne contenait plus de colibacilles, mais la toxine neurotrope avait imprégné le système nerveux central de cet enfant. En effet, le traitement par le sérum a amené rapidement le rétablissement rapide, intégral et définitif de l'état cérébral et physique du jeune malade considéré comme incurable.

J'ai fait connaître à la même date et aussi plus tard, à l'Académie de Médecine des exemples semblables, en particulier celui d'une malade atteinte de symptômes cérébraux très graves et enfermée dans un asile depuis plus de vingt années. Cette malade en est sortie entièrement guérie après le traitement rationnel.

A la suite de ces publications, de nombreux médecins se sont attachés à l'étude de ce problème nouveau et important. Le premier a été le professeur Lepoutre, de Lille, qui a publié deux observations cliniques de psychose très grave relevant de la même origine, notamment chez une accouchée. M. Bar m'avait présenté en 1925 une malade identique. Le Dr Gebeyli, d'Alexandrie m'a signalé le cas d'un malade atteint de troubles cérébraux rebelles. Il avait consulté nombre de médecins neurologues en divers pays d'Europe, mais sans aucun résultat. Traité par la sérothérapie, ce malade guérit en 15 jours et regagna plus de 20 kilogs de son poids.

D'autres médecins : Paul Philippe, de Lyon ; F. Rose, de Paris ; Tarin, de Paris ; Verstraeten, de Gand ; Van Nieuwenhuysen, de Roubaix, etc., et, plus tard, mon collègue le professeur Claude dont j'avais avec insistance appelé l'attention sur ce problème d'un si grand intérêt théorique et pratique), ses collaborateurs (2) et ses élèves, etc., ont entièrement confirmé les notions qui précèdent. Je citerai particulièrement la thèse de doctorat de J.-L. Hardré (1939), ainsi que les publications faites à l'étranger sur le même sujet par H. Hoven. Umbert Poppi, Tomesco, Badenski et Cosmulesco, Gross, Carr Walter, Erskin, Gray et Young, V. M. Buscaino, Suckling, etc.

L'emprise de la toxine neurotrope sécrétée par le *Bacillus coli* sur le système nerveux central (moelle épinière et encéphale) méritait d'être rappelée. Elle nous éclaire sur la véritable pathogénie et sur la thérapeutique de ces états morbides plus fréquents qu'on ne l'a jugé jusqu'ici.

(1) J'ai mentionné plus haut le rôle prépondérant du *Bacillus Coli* dans les complications de l'appendicite (péritonite, etc.). L'appendicite à évolution suraiguë ou opérée tardivement doit, dans plus de 80 pour 100 des cas, son pronostic mortel à la toxi-infection colibacillaire. Le sérum prévient ou guérit cette redoutable complication microbienne (*Académie de Médecine*, 17 janvier 1933).

(2) L'un de ces derniers est venu me voir à deux reprises à mon laboratoire, à la suite de ces conseils donnés au professeur Claude. Je lui ai fourni de multiples renseignements ainsi que, sur sa demande, une provision de neurotoxine colibacillaire. Il s'est empressé de publier — sans me citer — des articles et des observations cliniques sur le même sujet et, plus tard, dans un ouvrage consacré aux affections mentales, il s'est attribué à lui-même la paternité du rôle étiologique de cette toxine dans ces affections !

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

26 *février*. — M. Lévêque. — Résultats et conclusions de l'examen radioscopique.

M. Taillefer. — Psycho-pathologie dans l'armée féminine.

M. Pradines. — Séquelles et complications de l'amibiase en France.

M. Zilber. — Des pubertés précoces simples et compliquées.

M. Rosenbaum. — Néphrites cervicales.

M. Graner. — Périarthrite scapulo-humérale.

M. Bailleul. — Elevage des nourrissons.

M. Romer. — Paludisme et transfusion sanguine.

M. Lepintre. — Traitement des blessures cranio-cérébrales.

M. Maury. — Pathologie des restrictions.

M. Huet. — Etude radiologique du lymphosarcome.

27 *février*. — M. Le Quintrec. — Aphasie chez l'enfant.

M. Villedrouin. — Kystes thyro-hyoïdiens.

Prochains congrès

Avril-mai 1947

31 mars-2 avril 1947, Paris. — Faculté de Médecine, XXXIVe réunion de l'Association des Anatomistes. Président : M. Justin Jolly. Secrétaire général : M. le prof. Remy Collin, 13, rue Lionnois, Nancy.

1er-5 avril, Paris. — IIIe Congrès de l'Aviation, une section (no 12) traitera de la médecine du personnel navigant. Secrétariat, 6, rue Cimarosa, Paris (16e).

17-19 avril, Toulouse. — XVe réunion de l'Association des Physiologistes de la langue française. Rapports : l'audition (Dr G. Coppée, Liége) l'influence de la sécrétion interne du pancréas sur la fonction glycogénique du foie (MM. L. Hédon et Loubatières, Montpellier). Secrétaire général ; prof. Daniel Cordier, 16, rue Claude-Bernard, à Lyon.

19-20 avril, Paris. — Journées des médecins hydrologues et climatologues. Leur contribution à la médecine préventive. Secrétariat : Laboratoire d'hygiène de la Faculté de Médecine, Paris.

Avril. Santiago du Chili. — Second Congrès sud américain de neuro-chirurgie. Secrétaire général : Dr Alphonso Asengo ; directeur de l'Institut Central de neuro-chirurgie à Santiago. Questions : hydrocéphalie, histologie des tumeurs cérébrales en relation avec la clinique ; abcès du cerveau.

2 au 4 mai, Toulouse. — Journées de vulgarisation scientifique et de thérapeutique pratique. Secrétariat des Journées médicales toulousaines, 25, rue de Metz, à Toulouse.

9-10 mai, Sion-en-Valais. — Journées suisses de pédiatrie.

15 mai, Vichy. — Réunion de la Société française d'Orthopédie dento-faciale. Secrétariat : Dr de Nevrézé, 2, rue Petit, Vichy (Allier).

18 mai, Paris. — LIVe Congrès de la Société française l'Ophtalmologie. Rapport : les Altérations de la rétine avec les affections générales. Prof. Paul Bonnet (Lyon). Secrétaire général : Dr Mérigot de Treigny, 3, square de Latour-Maubourg.

19-24 mai, Paris. — Congrès national homéopathique (organisé par le Centre homéopathique de France). Secrétariat : Dr Jousset, 1, rue Léon-Séché, Paris.

20-21 mai, Lyon. — Journées orthopédiques de Lyon. Secrétariat : Dr Guillaumat, 28, avenue de Saxe, Lyon.

22-25 mai, Lyon. — XIe Congrès des pédiatres français. Président : prof. Mouriquand. Questions : Rhumatisme chronique de l'Enfance, M. Lamy ; néoplasies malignes (tumeurs nerveuses exceptées). MM. Caussade et Guilleminet : traitement des méningites aiguës de l'enfance (méningites tuberculeuses exceptées) M. René Martin. Secrétaire général : Dr Jeune, 24, place Bellecour, à Lyon.

24-26 mai. Réunion en Camargue de la Société de Pathologie comparée. Arles, Les Saintes-Marie-de-la-Mer. Aigues-Mortes, les Baux. — Rapports : Brucellose, paludisme, helmintologie, pathologie du mouton en Camargue. Président : prof. Bressou (d'Alfort). Réduction chemin de fer, hôtels. Renseignements : Secrétariat général, 7, rue Gustave-Nadaud, Paris (16e).

24-27 mai, Nice. — Journées médicales méditerranéennes consacrées aux maladies infectieuses au XXe siècle. Renseignements : M. le Secrétaire général de l'Union des Médecins Français (section des Alpes-Maritimes), 14 avenue de Verdun, à Nice.

25 mai, Aix-les-Bains. — Journée scientifique annuelle. Rapports : Rhumatisme tuberculeux. MM. le professeur Ravault, Turial et Graber-Duvernay. Renseignements : Dr Françon, 9, rue Lamartine, à Aix-les-Bains et Dr Baumgartner, 3, place Carnot, à Aix-les-Bains.

31 mai-3 juin. — Châtel-Guyon. — XIe Congrès français de gynécologie. Secrétaire général : Dr Maurice Fabre, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e). Questions : Annexites (de la gonococcie, de la puerpéralité, de la colibacillose. La tuberculose étant exclue). Rapport général : prof. agrégé Massé (Bordeaux).

Nota. — Primitivement ce congrès devait se réunir à Alger.

1er juin, Bruxelles. — Premier Congrès de l'Association belge de chirurgie, organisé par la Société belge de chirurgie. Faculté de Médecine, 115, boulevard de Waterloo, à Bruxelles. Question : les variations de la protéinémie dans ses rapports avec les soins pré et post-opératoires, MM. O. Coquelet (Bruxelles) et Van der Ghinst (Bruxelles).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 10 MARS 1947

Virulence du système germinatif des lapins inoculés de syphilis par voie cornéenne. — MM. C. LEVADITI et A. VAISMAN. — Etant donné l'importance du problème, considéré sur le plan de la transmission héréditaire de la syphilis, les auteurs ont examiné la virulence du sperme, du testicule de l'albuginée et de l'épididyme de lapins inoculés, de syphilis par voie cornéenne. Il résulte de leurs essais que le sperme, de même que le testicule et ses annexes, contiennent le virus syphilitique transmissible à des lapins neufs. Etant donné qu'il leur fût impossible de déceler le *Treponoma pallidum* ni dans le sperme, ni dans le testicule et ses annexes, ils concluent qu'à l'exemple d'autres essais antérieurs, concernant le pouvoir syphiligène de certains organes, en l'absence de tréponèmes décelables, leurs recherches actuelles confirment l'hypothèse selon laquelle le cycle évolutif du virus spécifique comporte un stade infravisible, quoique non filtrable.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

SÉANCE DU 11 MARS 1947

Viandes importées congelées. — M. MARTEL apporte de nouveaux faits montrant qu'en février 1947 les malfaçons et gaspillages dans le ravitaillement en viande se poursuivent exactement comme en 1946. Les viandes d'importation congelées sont expédiées à peine enveloppées dans des toiles qui, de plus, se déchirent souvent. Des viandes de bœuf, de provenance Argentine, sont exagérément grasses 35 % de déchets graisseux) ; certaines portions ne peuvent avoir aucun emploi alimentaire ; seules les savonneries peuvent tirer parti de ce qui a été importé et payé comme ravitaillement alimentaire ; par contre, certains porcs amaigris et tués trop jeunes, sont importés non désossés pour voiler l'insuffisance de poids.

Le contrôle bactériologique a montré de plus le profond état d'infection de certaines de ces viandes par des germes pathogènes; une telle contamination est due soit à la souillure après abatage, soit à des animaux atteints d'affections chroniques.

Dans tous ces cas se trouve réalisé un ravitaillement insuffisant en quantité, inférieur en qualité pour une population citadine souffrant d'une demi-famine.

Discussion — M. ARMAND-DELILLE.

Mécanisme de l'activité antibiotique « in vitro » de la streptomycine. — MM. LEVADITI et HENRY. — L'étude des imprégnations argentiques de cultures et de sous-cultures de B. coli et de B. subtilis a montré qu'utilisée à des doses convenables, la streptomycine annihile très rapidement la vitalité des germes qui subissent des altérations dégénératives ou lytiques évoluant en cinq phases successives : stase, polymorphisme, anargyophilie, lyses. Avec des doses insuffisantes peut se produire une repousse par pullulation tardive de quelques germes streptomycino-résistants. Le mécanisme d'action de la streptomycine diffère de celui de la pénicilline.

Activité antibiotique de la streptomycine dans la tuberculose expérimentale de la souris. — MM. LEVADITI et VAISMAN. — L'expérimentation sur le cobaye et la souris démontre la réalité de l'activité antibiotique de la streptomycine sur le bacille tuberculeux. Même chez la souris l'injection intraveineuse de bacilles en quantité suffisante tue l'animal par lésions pulmonaires bacillifères. L'administration sous-cutanée de streptomycine (1.000 U. S. par jour) arrête le développement des germes et peut aller jusqu'à stérilisation entière. Au 38e jour de l'inoculation, tous les sujets témoins présentent une pneumonie bacillaire intense ; chez les sujets traités 25 % n'ont ni lésions ni bacilles ; les autres montrent de rares bacilles d'apparence et de colorabilité modifiées.

Des dangers de laisser sortir les nouveau-nés aussitôt après leur naissance dans les maternités privées. Moyen d'éviter ces dangers. — M. BRINDEAU. — Alors que l'assistance publique ne laisse pas sortir prématurément des maternités les nouveau-nés, fragiles à cette période et conserve avec eux les mères, il n'en est pas de même dans les maternités privées. Conserver les enfants auprès des mères, favorise l'allaitement, développe le sens maternel et entrave les abandons d'enfant après

accouchement clandestin ; la primipare fait de plus son apprentissage de mère

Malgré les statistiques les abandons d'enfants demeurent aussi nombreux. La sortie des maternités privées dans certaines conditions les rend seulement plus discrets. A côté d'œuvres philanthropiques respectables et utiles, il existe en effet une industrie et même un marché noir de l'adoption qui trouve à s'exercer au sortir de certaines maternités privées et fait preuve de raffinements d'adresse.

Pour en contrarier l'activité, il importe de ne pas laisser sortir les nouveau-nés sans que cette sortie soit notée sur un registre social contrôlé par l'inspection de l'enfance. A moins d'impossibilité précise et enregistrée, il ne doit sortir qu'avec sa mère ; il serait utile que des assistantes sociales spécialisées luttent par leur action contre les abandons ultérieurs d'enfant pour des raisons sociales.

Pour l'étude de ces questions, l'Académie nomme une commission composée de MM. Rouvillois, Laubry, Debré, Ribadeau-Dumas, Le Lorier.

Transfusion du sang pur artériorisé et réanimation. — M. Bécart. — La méthode consiste à transfuser du sang pur suroxygéné par addition de gaz ionisés qui ne sont ni toxiques ni caustiques et n'exposent à aucun des dangers d'embolie gazeuse des injections par procédés classiques. Le mélange du sang est fait dès la récolte de celui-ci ; le sang est injecté rythmiquement selon la technique déjà préconisée antérieurement.

La méthode est indiquée dans toutes les asphyxies, les chocs, les anémies, les dyspnées.

On peut également suroxygéner le sang avant auto-transfusion complète ou incomplète (asystolie grave, sclérose cardio-rénale, dyspnées toxiques et infectieuses, œdème aigu du poumon). On peut également revivifier sang conservé, plasma, etc... (on ajoute en général 10 cmc. de gaz à 100 cmc. de sang).

Election de deux correspondants nationaux. — MM. Hauduroy (de Lausanne) et Violle (de Marseille) sont élus correspondants nationaux dans la IIIe Division (Hygiène et Epidémiologie).

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 5 mars 1947

A propos des aspects radiologiques de l'occlusion intestinale. — M. Moulonguet présente des images très analogues à celles considérées par M. Iselin comme spécifiques de l'iléus dynamique ; dans les observations de M. Moulonguet il existait un obstacle mécanique relevant d'une intervention chirurgicale.

A propos de l'enclouage de Kuntscher. — M. Sorrel présente quelques fractures des deux os de l'avant-bras traitées par réduction orthopédique ou sanglante sans avoir recours à l'enclouage centro-médullaire.

Grandes éventrations chroniques. Traitement pré-opératoire au moyen du pneumo péritoine progressif. Procédé original. — M. Ivan Goni Moreno. M. Gueullette, rapporteur.

A propos de deux plaies du rectum par projectiles. — MM. Luccioni et Serafino. — M. J. Quénu rapporte ces deux observations qui concernaient des plaies du rectum sous-péritonéales qui n'ont pas été réparées et qui ont guéri sans dérivation.

Megadolichocolon. Cholécystatonie. Pancréatite chronique. — MM. Mallet-Guy et Jaubert de Beaujeu apportent le résultat de leur expérience concernant le traitement de ces différentes affections par la splanchnicectomie. C'est ainsi que sur 35 malades atteints d'atonie isolée de la vésicule biliaire et opérés, les deux tiers ont été complètement guéris après 2 ou 3 mois d'adaptation. Dans un tiers des cas il persiste quelques troubles qui sont peut-être justiciables d'une section du splanchnique du côté opposé. L'indication opératoire n'est posée qu'après échec des traitements médicaux. 11 cas d'hypotonie isolée du cholédoque ont été opérés avec de bons résultats.

Enfin 36 cas de pancréatite chronique ont bénéficié également de la section du splanchnique.

Paraffinome de la verge. — M. J. Quénu montre le procédé de plastie cutanée qu'il a utilisé pour refaire le revêtement cutané de la verge après excision de la large ulcération du paraffinome. L'origine de cette ulcération reste d'ailleurs obscure puisqu'aucune injection d'huile n'a été retrouvée dans les antécédents du malade.

Une observation de kyste vrai de la queue du pancréas. Enucléation totale. Guérison. — M. Ducastaing. — L'énucléation totale a pu être faite, ce qui est tout-à-fait exceptionnel.

M. Brocq fait remarquer qu'il y a souvent des kystes de la queue du pancréas qui ne sont pas forcément d'origine pancréatique malgré leurs connexions en apparence étroites avec cet organe.

Séance du 12 mars 1947

Résultat éloigné d'une parathyroïdectomie dans une maladie osseuse de Recklinghausen. — M. Dor. — M. Sicard rapporte cette observation dans laquelle l'auteur enlève un adénome parathyroïdien ; 4 ans 1/2 après, l'amélioration est considérable au point de vue fonctionnel et radiologique. L'auteur souligne que cette amélioration ne s'est manifestée qu'au bout de deux ans.

Colectomie totale secondaire après échec de résection cholédoque. — M. Mialaret présente l'observation d'une jeune fille de 16 ans opérée de colectomie partielle en 1940 qui fut suivie d'un échec fonctionnel ; une colectomie totale faite en 4 temps a permis d'obtenir un bon résultat. M. Mialaret montre que la colectomie totale est rarement pratique ; il semble qu'au point de vue technique il est préférable de la pratiquer en deux temps.

Ruptures traumatiques sous-cutanée de l'estomac et du segmentaire pour mégacolon. — M. Grimault a observé une rupture transversale de l'estomac qu'il a traitée par résection de l'estomac suivie d'une Billroth II. La lésion du cholédoque a été suturée, mais six mois après sténose ; M. Grimault réintervient et guérit son malade par cholécysto-gastrostomie.

Colectomie totale pour mégacolon infantile après échec d'une résection segmentaire et d'une double sympathectomie. — MM. Hepp et Petit posent la question de la colectomie totale faite d'emblée comme traitement de ces malformations du gros intestin.

M. Baumann est élu membre associé parisien de l'Académie de chirurgie.

NOTES POUR L'INTERNAT

Cavernes pulmonaires tuberculeuses

Signes et diagnostic

La caverne est une perte de substance du parenchyme pulmonaire communiquant avec les bronches et consécutive à l'évacuation d'une partie plus ou moins importante du tissu pulmonaire. La tuberculose, par la transformation caséeuse qu'elle réalise, en est la principale cause.

La séміologie des cavernes pulmonaires tuberculeuses a subi un remaniement important depuis que la radiologie a fait reconnaître un grand nombre d'excavations restant en dehors du syndrome cavitaire classique de Laënnec.

Parmi les signes cliniques de caverne, seuls comptent les signes physiques. En effet, si la division classique de la tuberculose ulcéro-caséeuse en trois phases réservait au toisième stade la description des cavernes, on sait qu'en fait celles-ci peuvent survenir bien plus précocement. Ce n'est donc que plus loin, avec les formes cliniques, que nous envisagerons les *signes généraux* qui peuvent s'associer au syndrome cavitaire. Nous ne nous attarderons pas davantage aux *signes fonctionnels*. La toux profonde, l'expectoration souvent abondante, purulente, contenant des fibres élastiques, la dyspnée relativement rare et souvent paradoxalement peu importante, les hémoptysies en rapport avec une poussée congestive et une extension des lésions, ne sont guère, en effet, pathognomoniques de l'existence d'une caverne. Seule lui est particulière l'*hémoptysie foudroyante* liée à la rupture d'un anévrysme de Rasmüssen.

Ce sont donc les *signes physiques*, tant cliniques que radiologiques, qui seuls caractérisent, chez le tuberculeux, la caverne pulmonaire. Nous décrirons d'abord :

Le syndrome cavitaire classique.

Ses symptômes sont fonction :

— du volume de la caverne ;

— du degré de condensation parenchymateuse péricavitaire ;

— du siège plus ou moins profond de la cavité.

Dans le cas de caverne de profondeur et de volume moyens

L'inspection ne donne souvent que peu de renseignements.

Dans les cas où la caverne siège au sommet, il est fréquent de trouver une *immobilité des côtes supérieures* dans les mouvements respiratoires.

Il est plus rare de constater une *dépression sous-claviculaire* qui, généralement, relève d'ailleurs moins de l'excavation pulmonaire que de la sclérose rétractile et de l'atrophie associée des muscles pectoraux et sus-épineux.

La *palpation* donne, en une zone déterminée : une exagération des vibrations vocales due à la condensation parenchymateuse péricaverneuse.

La *percussion :* matité franche ou forte sumatité dans la zone correspondante. Cette percussion est parfois douloureuse.

L'auscultation donne des signes plus importants :

— le murmure vésiculaire normal est aboli et remplacé par :

— un *souffle caverneux :*

— dont l'intensité varie avec le débit respiratoire et la condensation de parenchyme ambiant ;

— dont la tonalité est grave ;

— dont le timbre est conditionné par les dimensions de la caverne, d'autant plus creux que la caverne est plus spacieuse. Ce souffle est perçu aux deux temps, mais est surtout *expiratoire.* Il n'apparaît parfois qu'après la toux.

— Des *râles cavitaires*, plus fréquents que le souffle. Ce sont des râles bulleux, humides, inégaux, irréguliers, de caractère éclatant ; ils peuvent être fins, moyens ou gras ; leur nombre et leur grosseur peuvent diminuer après une abondante expectoration.

Les gros râles cavitaires, associés au souffle caverneux, constituent le *gargouillement* qui n'est parfois perçu qu'au moment de la toux.

La *pectoriloquie* constitue le troisième signe de la triade de Laënnec à côté du souffle caverneux et des râles cavitaires. C'est la transmission de la voix haute à l'oreille, de façon *distincte* et articulée. La toux est aussi éclatante à l'oreille.

C'est parfois plutôt une bronchophonie caverneuse, c'est-à-dire un retentissement à timbre caverneux de la voix haute, transmise à l'oreille de façon confuse et indistincte.

Souvent le chuchotement est aussi anormalement transmis : c'est la pectoriloquie aphone.

Ces signes physiques cliniques de caverne se trouvent généralement associés, en des points voisins ou distants du même poumon, à des zones de matité, des modifications du murmure vésiculaire, des craquements, parfois même d'autres signes cavitaires traduisant l'extension des lésions tuberculeuses. De semblables signes peuvent être perçus à l'examen du poumon opposé, et il importera, par la recherche du maximum des bruits, de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une simple transmission de bruits caverneux unilatéraux.

Dans le cas de grande caverne superficielle, les signes cavitaires peuvent être différents.

— *Palpation.* — Parfois diminution ou abolition des vibrations vocales si les parois de la caverne sont minces.

Percussion. — Quelquefois tympanisme ou même son amphoro-métallique dans les vastes cavernes à paroi lisse.

Lorsqu'on pratique la percussion sous claviculaire pendant l'expiration le malade, ayant la bouche ouverte, on peut obtenir un *bruit de pot fêlé* indiquant une grande caverne vide communiquant avec la *bronche* de drainage par un orifice étroit. Il peut disparaître momentanément et réapparaître après des efforts de toux ou des inspirations profondes.

Auscultation. — Souvent souffle à timbre amphorique, avec râles à retentissement métallique. La pectoriloquie et le retentissement de la toux sont très marqués et à caractère amphorique. Les signes physiques de telles cavernes sont donc absolument analogues à ceux que donne un pneumothorax localisé.

Mais toutes les cavernes pulmonaires ne répondent guère au syndrome cavitaire classique et les constatations radiologiques, notamment dans le cas des *cavernes petites et profondes* ont conduit à sa révision. Certaines cavernes ne se traduisent que par une diminution ou une abolition du murmure vésiculaire ; par un souffle de timbre presque exclusivement tubaire avec bronchophonie plus que pectoriloquie ; par un retentissement de la toux ; par des râles bulleux et surtout par des râles consonnants (Ameuille).

Ces notions conduisent à élargir considérablement ce qu'on était habitué à considérer comme le syndrome cavitaire, et diminuent le nombre des cavernes considérées comme muettes.

Il reste néanmoins que dans un très grand nombre de cas les cavernes, et notamment les cavernes isolées, demeurent véritablement *muettes* et constituent des trouvailles radiologiques. leur nombre est différemment jugé selon les auteurs. Nous ne pourrions trop insister toutefois sur la nécessité qu'il y a, avant de parler de cavernes muettes, d'examiner le poumon non seulement dans la région classique du sommet, mais surtout et notamment en avant, sous la clavicule et dans l'aisselle et à ne jamais terminer une auscultation sans faire tousser le malade.

Examen radiologique des cavernes.

Radiologiquement, la caverne apparaît sous l'aspect d'une zone claire, arrondie ou ovalaire. Elle est classiquement bien limitée, à contours foncés, nets. Ceci répond en fait aux cavernes déjà anciennes et sclérosées, et les cavernes récentes peuvent ne présenter qu'un contour irrégulier, imprécis, anfractueux, au sein d'un ombre opaque diffuse.

La caverne s'éclaire et se rétrécit à la toux.

L'image de la bronche de drainage pourra s'observer, le plus souvent, sur le film radiographique : c'est une mince bande claire allant de la caverne vers le hile et limitée par deux traînées linéaires opaques parallèles.

La caverne est le plus souvent vide et c'est assez exceptionnel de constater à sa partie inférieure un peu de liquide avec niveau horizontal.

Les cavernes peuvent être multiples, semblant parfois correspondre les unes avec les autres. Des aspects en mie de pain et en nid d'abeille ont été décrits comme correspondant à des cavernes petites et multiples — ce que les examens anatomiques ne semblent pas toujours confirmer.

La radiologie montre, outre la caverne, les images de nodules ou d'ombres diffuses, habituelles à la tuberculose pulmonaire. Leur étendue, leur uni ou bilatéralité surtout interviendront dans les indications du traitement à opposer à la caverne.

De même que la clinique, la radiologie peut, dans la recherche d'une caverne, rester en défaut, la condensation péricavitaire joue, en effet, beaucoup dans la visibilité de la tache claire centrale. Certaines cavernes n'apparaissent nettement visibles que sur les tomographies ou qu'après les premières insufflations de pneumothorax thérapeutique. La radiographie possède une certaine supériorité sur la radioscopie, mais négliger cette dernière serait s'exposer à méconnaître certaines cavernes para-hilaires masquées par le cœur qui nécessiteront la demande de la radiographie sous une incidence déterminée.

Examen des crachats. — L'examen clinique et la radiologie ayant conduit au diagnostic de caverne pulmonaire, seule la constatation de B. K. dans les crachats permettra d'affirmer sa nature tuberculeuse.

Ces signes de caverne pulmonaire tuberculeuse sont rencontrés dans des formes variables de tuberculose pulmonaire :

1. C'est quelquefois chez un malade présentant le tableau classique du phtisique. La maladie *évolue depuis plusieurs années.* Le malade est très amaigri, anémié, ses membres sont squelettiques, il présente un hippocratisme des doigts surtout fréquent dans les formes dyspnéisantes.

La température est irrégulière, élevée, parfois de type hectique.

Le pouls est rapide, la tension basse.

La langue est restée humide.

Les sueurs sont abondantes.

Les lésions ulcéro-caséeuses sont, en pareil cas, trop évoluées pour escompter leurs guérisons ; leur bilatéralité s'est souvent depuis longtemps réalisée. Les cavernes se multiplient et se réunissent entre elles. La mort survient soit lentement par l'extension progressive des lésions avec amaigrissement et cachexie. Elle est parfois abrégée par une hémoptysie foudroyante, par une poussée de pneumonie caséeuse, étendue, par un pneumothorax partiel, par une méningite tuberculeuse, une granulie généralisée, une extension au larynx et à l'intestin.

2. C'est quelquefois au cours d'une *tuberculose pulmonaire récente.* Loin d'être toujours une manifestation tardive, la caverne est souvent, en effet, une manifestation précoce, au cours de la première poussée évolutive. On peut donc la rencontrer chez des malades ayant un bon état général, pas ou peu de fièvre. Elle persiste comme témoin de la poussée évolutive. Parfois, c'est au milieu d'une image de lobite, le plus souvent supérieure et droite, que la caverne apparaît. C'est surtout dans ces formes encore localisées que la caverne pulmonaire aura le plus de chance de se cicatriser sous l'action d'un pneumothorax thérapeutique. La caverne laisse généralement une tache sombre, parfois aucune cicatrice visible. Il faudra surveiller le malade.

3. Les cavernes pulmonaires peuvent être rencontrées au

cours de tuberculoses évoluant depuis de nombreuses années et où l'importance du processus *fibreux* a permis une certaine stabilisation des lésions. Les lésions persistent, semblant même parfois très étendues, mais l'état général s'est relevé et a même fait place quelquefois à une obésité relative. La fièvre est absente et le malade peut jusqu'à un certain point reprendre son travail. De temps à autre, il crache abondamment et son expectoration est bacillifère.

Les résultats de l'auscultation sont variables, parfois exagérés, parfois réduits à quelques râles bulleux ; la radiographie montre au milieu des travées ramifiées et des bandes de sclérose, l'image, bien arrondie et à contours particulièrement nets, d'une caverne. Quoiqu'elle semble avoir peu de retentissement sur l'état général, une telle caverne laisse toujours persister la menace d'une tuberculose aiguë. Par l'expectoration bacillifère qu'elle entretient, elle est enfin pour l'entourage une cause permanente de contagion. C'est le cas de bien des tuberculoses cavitaires du vieillard.

4. Les *tuberculoses aiguës* sont génératrices de cavernes pulmonaires : les signes cavitaires cliniques apparaissent rapidement en quelques semaines ; ils sont disséminés. Leur apparition est précédée radiologiquement de celle de taches étendues, multiples, à contours flous, aboutissant à des aspects en mie de pain disséminés. Evolution rapide vers la mort.

Les signes d'excavation apparaissent précocement, vers la deuxième semaine d'une pneumonie caséeuse, tandis que l'expectoration devient bacillifère. Ils apparaissent au sein d'une zone de condensation diffuse. Ils s'accompagnent parfois d'hémoptysie.

La constitution de la caverne se fait de façon semblable au cours des processus pneumoniques curables.

Diagnostic.

La fréquence du facteur tuberculeux dans l'étiologie des cavernes pulmonaires fait qu'en présence d'un malade aigu ou chronique présentant des signes cavitaires, on ne discute pas successivement le diagnostic différentiel puis le diagnostic étiologique des cavernes, mais que, pratiquement, on recherche immédiatement le B. K. dans les crachats et qu'on conduit la discussion diagnostique selon son existence ou non.

1. *Y a-t-il des B. K. dans les crachats*, alors les signes cavitaires perçus répondent avec grande probabilité à une caverne pulmonaire tuberculeuse.

Néanmoins, un tuberculeux certain peut présenter un syndrome pseudo-cavitaire trompeur.

a) C'est ainsi que chez un tuberculeux chronique, à l'état général très atteint, on peut hésiter, au sommet notamment, entre une grande caverne superficielle et *un pneumothorax enkysté*. La caverne, plus fréquente sans doute que le pneumothorax, peut, comme nous l'avons vu, présenter le même souffle amphorique, le même retentissement métallique des râles. L'absence d'anneau sombre périphérique est en faveur du pneumothorax. L'image de la bronche de drainage en faveur de la caverne. Mais, même radiologiquement, il peut être impossible de trancher entre ces deux diagnostics.

b) Des signes pseudo-cavitaires peuvent être réalisés par la déviation de la trachée et des grosses bronches, dans les lésions condensantes et sclérosantes du poumon qui s'accompagnent de symphyse pleuro-médiastinale et d'attraction du médiastin. La trachée attirée en dehors, transporte avec elle le souffle laryngo-trachéal jusque dans la partie interne de la clavicule et ce souffle est renforcé par le contact intime de la trachée avec le bloc de condensation pulmonaire.

La radiologie corrigera cette erreur de diagnostic ;

c) Néanmoins, même sans déviation trachéale, une simple condensation apicale peut, quoique moins fréquemment, simuler les bruits cavitaires. La radiologie est là indispensable ;

d) La sclérose pulmonaire d'un tuberculeux peut enfin s'accompagner de dilatations bronchiques qui, par elles-mêmes, peuvent donner des bruits pseudo-cavitaires ;

e) Una interprétation radiologique trop hâtive peut-être, elle-même, la cause de nombreuses erreurs. Certes, il est rare que des ombres costales, des brides pleurales en imposent pour un contour de caverne. Mais certaines taches pulmonaires circulaires, de grosses bulles d'emphysème, des coupes optiques de bronche peuvent à la lecture d'une seule radiographie, conduire aux interprétations les plus erronées.

2. *N'y a-t-il pas de B. K. dans l'expectoration*, c'est alors, et alors seulement bien souvent, qu'abandonnant l'hypothèse de caverne tuberculeuse qui paraissait probable, on en vient à discuter :

A. *La dilatation des bronches*. — Malgré la conservation de l'état général, la toux, l'expectoration, les signes d'auscultation, parfois même les hémoptysies rappellent la tuberculose. Mais il n'y a pas de B. K. On retrouve dans les antécédents de nombreux épisodes broncho-pulmonaires. L'expectoration se dépose en quatre couches.

La radio ne montre pas d'image cavitaire.

Avec l'évolution, on constate des variations importantes de signes d'auscultation.

La certitude ne sera fournie que par l'injection de lipiodol.

B. *Une suppuration pleuro-pulmonaire enkystée et vidée par vomique*.

1. C'est alors généralement dans la région scissurale que sont perçus les signes d'auscultation. Le malade tousse depuis plusieurs mois, son état général s'est altéré et l'interrogatoire retrouve, parfois avec peine, l'apparition de vomique quelques semaines après le début de la maladie. L'expectoration reste non bacillifère, mais généralement très riche en pneumocoques. La date de la vomique, l'image radiologique permettront de discuter l'abcès du poumon et la pleurésie interlobaire qu'on reconnaît actuellement comme moins fréquente.

2. C'est parfois à la base du poumon que sont perçus les signes d'auscultation conduisant à discuter outre l'abcès du poumon, les signes cavitaires que peuvent réaliser des abcès sous-phréniques ou hépatiques s'étant ouverts vers les bronches, à travers le diaphragme.

3. Quel que soit leur siège, les abcès du poumon prêteront moins à erreur lorsqu'il s'agira d'abcès fétide quoiqu'une caverne tuberculeuse puisse se compliquer secondairement de sphacèle superficiel.

4. La tuberculisation secondaire des abcès du poumon s'observe quelquefois pouvant faire douter de la légitimité du diagnostic antérieurement porté.

C. *Le kyste hydatique du poumon vidé par vomique*..

L'ouverture s'est souvent produite après suppuration du kyste et l'état général n'est donc pas constamment bon. On ne peut compter sur la réaction de Weinberg, ni sur l'éosinophilie habituellement disparue. Le meilleur élément est fourni par la radio : ombre circulaire, tracée au compas, isolée dans le parenchyme pulmonaire.

D. *Le cancer du poumon* peut s'accompagner de signes cavitaires qui, en raison de l'altération de l'état général, des hémoptysies, de la fièvre qui n'est pas rare, risquent de faire porter le diagnostic de caverne pulmonaire tuberculeuse. Outre l'absence de B. K., nous retiendrons en faveur du cancer du poumon : l'existence de signes de compression médiastinale ; l'importance et le caractère tenace des douleurs thoraciques.

E. *La syphilis pulmonaire* dans sa forme cavitaire (gomme excavée) est assez exceptionnelle. On est en droit d'y penser en présence d'autres signes de syphilis viscérale, mais on ne peut l'affirmer que si le traitement spécifique a une action démonstrative.

F. Les *pneumokonioses*.

G. Les *mycoses* (actinomycose, aspergillose, sporotriclose) réalisent aussi lorsqu'elles sont nécrosantes, un tableau de caverne pulmonaire tuberculeuse que l'absence de B. K., affirmée par plusieurs examens, finit par écarter.

Pronostic.

Depuis que s'est modifiée la conception du classique syndrome cavitaire, le pronostic de la caverne pulmonaire tuberculeuse s'est également modifié.

La tuberculose cavitaire cachectisante répondant à l'ancien tableau classique de caverne tuberculeuse garde évidemment la même évolution fatale. Ailleurs, le pronostic est meilleur. Une caverne unilatérale constitue l'indication majeure du pneumothorax. Parfois, le pneumothorax est impossible s'il s'agit d'une forme récente mais avec plèvre symphysée. Même dans ce cas la guérison est possible ; il faut surveiller pendant longtemps le malade. Le pneumothorax est aussi impossible dans les formes fibreuses, toutefois la guérison peut quand même se faire par fibrothorax.

Parfois la caverne persiste sans tendance à la guérison ni à l'aggravation. Le pneumothorax est impossible et il existe une menace constante de dissémination. On peut envisager ici des interventions plastiques.

Dans l'ensemble, leur pronostic n'en reste pas moins toujours grave.

Vissian.

CHRONIQUE

Inauguration d'un médaillon Maurice Villaret à l'hôpital Broussais

Dans le même amphithéâtre de l'hôpital Broussais où était dernièrement célébrée la mémoire d'Emile Sergent, c'est la mémoire du professeur Villaret qui le mercredi 12 mars était à son tour à l'honneur. Un médaillon, œuvre magnifique du maître Dropsy, est venu prendre place auprès de celui d'Emile Sergent.

A cette cérémonie intime et recueillie Mme Villaret, avec ses deux fils et Mme Nobécourt, étaient entourées de nombreux étudiants d'aujourd'hui, de nombreux membres aussi du Corps des hôpitaux, de la Faculté et de l'Académie que l'amitié, la reconnaissance et la fidélité au souvenir avaient réunis. C'étaient le médecin général inspecteur Rouvillois, MM. Lesne, Pasteur Vallery-Radot, Clerc, Donzelot, Harvier, Henri Bénard, Loeper, Lavier, Jean Lereboullet, Haguenau, Cachera, F. Trémolières, Bolgert, Georges Labey, Louis Ramond, Saint-Girons.

Le doyen Léon Binet rappela d'abord la carrière magistrale du disparu. Le professeur Justin-Besançon, premier interne du professeur Villaret lorsqu'il devint chef de service, traça un vivant portrait d'un maître regretté et sut rendre un éloquent hommage au savant dont l'œuvre fut, dans sa variété, le témoignage d'un exceptionnel esprit de continuité dans la recherche. Une telle persévérance à continuer sans dévier de la voie choisie s'alliait cependant à une ouverture à toutes choses qui fut pour ses élèves une qualité sans prix. Pour ceux qui vivaient dans son intimité elle se traduisait par la variété des activités artistiques, l'amour des beaux livres et des belles œuvres, le sens musical qui furent chez le professeur Villaret un des traits les plus marquants.

M. Justin-Besançon brossa ainsi un portrait fidèle et complet du maître qui sut être un ami pour ses disciples.

C'est aussi l'hommage de l'amitié que le directeur apporta dans une allocution émue et pleine de souvenirs.

Le doyen honoraire Baudouin retraça la vie du médecin. Le professeur Carnot, enfin, évoqua en un vivant et spirituel tableau de l'Ecole du professeur Gilbert, le Broussais des temps révolus. Dans cette même maison, si entièrement transformée, l'animateur qu'était Gilbert apporta la flamme ; Villaret sut la transmettre toujours vive à ses successeurs entre les mains desquels elle brille toujours.

R. L.

INFORMATIONS

(Fin)

Concours de l'internat en médecine 1946

Epreuves orales

Séance du jeudi 6 mars 1947

Notes attribuées. — MM. Dionis du Séjour, 10 ; Vallée, Claude, 12 ; Tréboute, Guy, 13 ; Héraud, Guy, 21 ; Robineaux, Roger, 19 ; Simoni, Robert, 12 ; Roisin, René, 26 ; Legros, Roger, 13 ; Mlle Lebailly, Geneviève, 19.

Questions sorties : Etude clinique des troubles trophiques du Tabès (sans le diagnostic ni le traitement).

Hémothorax traumatique.

Séance du vendredi 7 mars 1947

Notes attribuées. — MM. Le Besnerais, Yves, 10 ; Muffang, Henri, 21 ; Dhermy, Pierre, 10 ; Castel, Yves, 9 ; Legrain, Marcel, 27 ; Coullaud, Denis, 18.

Questions sorties : Signes et diagnostic des abcès du poumon.

Examen clinique d'un blessé atteint d'une plaie de l'abdomen.

Hôpitaux du Loiret

Un deuxième poste de médecin-adjoint destiné à l'hôpital de Pithiviers (Loiret) sera mis également au concours le 27 mai 1947.

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser à M. le Directeur départemental de la Santé, 26, boulevard Alexandre-Martin, à Orléans.

(Voir aussi « Gaz. Hôp. », n° 10, 8 mars 1947, p. 149.)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nominations. — M. de Gennes, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie et thérapeutique générales (dernier titulaire : M. Baudouin).

M. Olivier, professeur sans chaire, est nommé professeur titulaire de la chaire d'anatomie (dernier titulaire : M. Rouvière).

M. Mollaret, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique des maladies infectieuses (dernier titulaire : M. Lemierre).

Ces trois nominations portent effet à compter du 1er octobre 1946.

Retraite. — MM. les professeurs Loeper, à compter du 27 décembre 1946 ; Guillain, à compter du 3 mars 1947.

Ces professeurs sont rappelés à l'activité à compter de la date de leur admission à la retraite et au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire 1946-1947.

Facultés de province

Retraite. — Sont admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite :

Strasbourg. — M. le professeur Rohmer (1er novembre 1946) et M. le professeur Ambard (16 février 1947).

Montpellier. — M. le professeur Louis Rimbaud (7 juin 1947) et M. le professeur Boudet (10 mai 1946).

Bordeaux. — M. le professeur Labat (27 décembre 1946).

Aix-Marseille. — M. le professeur Olmer (2 février 1946).

Alger. — M. le professeur Aboulker (18 juin 1946).

Ces professeurs sont rappelés à l'activité à compter de la date de leur admission à la retraite et, au plus tard, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1946-1947.

Ecoles de médecine

Retraite. — Sont admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite :

Tours. — M. le professeur Guillaume, Louis (21 janvier 1947).

Angers. — MM. les professeurs Deneclau (4 janvier 1946) et Metzger (9 juin 1947).

Ces professeurs sont rappelés à l'activité à compter de la date de leur admission à la retraite et, au plus tard, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1946-1947.

SANTE PUBLIQUE

Cabinet du ministre. — M. le Dr Descomps est nommé conseiller technique, spécialement chargé des liaisons avec le ministère du Travail et de la Sécurité sociale.

Commission d'éducation sanitaire. — M. le professeur Justin-Besançon est nommé membre de la Commission en remplacement de M. le professeur Villaret, décédé.

Commission d'études sur l'hygiène et la santé des enfants d'âge scolaire. — Sont nommés membres de cette Commission nouvellement créée : les présidents du Conseil national de l'Ordre des médecins et de la Confédération générale des syndicats médicaux, MM. les professeurs Joannon, Debré (Paris), Caussade (Nancy), Pierret (Lille), le prof. agrégé Bernheim (Dijon), Martron (Limoges).

Comité permanent d'hygiène sociale

Sont nommés membres du Conseil permanent et affectés à la commission d'hygiène mentale et de l'alcoolisme :

M. le Dr Baruk, médecin des hôpitaux psychiatriques, professeur agrégé à la Faculté de médecine ;

MM. les Drs Brousseau, Daumezon et Bonafé, médecins des hôpitaux psychiatriques ;

M. le professeur Lhermitte, médecin de l'hôpital Brousse ;

MM. les Drs Guillant et Régis, médecins des hôpitaux psychiatriques.

EDUCATION NATIONALE

Direction de l'Hygiène scolaire et universitaire. — Trois postes de médecins examinateurs scolaires à temps plein sont actuellement vacants dans le département de l'Eure-et-Loir, situés à Chartres, Voves, Senonches.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Due, médecin délégué départemental de l'Hygiène scolaire et universitaire, service départemental d'Hygiène scolaire et universitaire, 1, rue du Quatorze-Juillet, à Chartres.

PRODUCTION INDUSTRIELLE

Commission spéciale chargée de l'étude de l'hygiène des mines. — Sont nommés membres de la Commission : MM. les professeurs Duvoir (Paris), Leclercq (Lille), Mazel (Lyon), Policard (Lyon), Tanon (Paris), M. le Dr Dujarric, sous-directeur de l'Institut Pasteur, M. le Dr Meyer, médecin conseil de la Fédération nationale des travailleurs du sous-sol.

Secrétaire : Le Dr Hanaut.

Royal College of surgeous of England. — M. le Dr Louis Bazy, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie de chirurgie vient d'être nommé membre honoraire du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre.

Association pour le développement des relations médicales A. D. R. M.

L'Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.), fondée et présidée pendant plus de 25 ans par le professeur Henri Hartmann — maintenue en sommeil pendant l'occupation — reprend son activité sous l'impulsion de son nouveau président, le professeur Fernand Lemaître.

Au cours de la réunion récente de son Conseil d'administration, l'A. D. R. M. s'est principalement occupée de la création et de l'organisation de comités avec les pays étrangers, et de la publication d'un bulletin qui, envoyé régulièrement aux présidents de ces comités, renseignera nos confrères sur la vie de nos Facultés et Ecoles de médecine, sur les travaux scientifiques en cours, les congrès, etc., etc.

Son bureau de renseignements de la salle Béclard (Faculté de Médecine), ouvert tous les jours de 9 h. 30 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf le samedi après-midi, est en pleine activité, et Mlle Huré, directrice de ce bureau, reçoit chaque jour une trentaine de médecins et étudiants étrangers, qui y trouvent toutes informations relatives à l'enseignement médical en France. Depuis sa réouverture, plus de 1.500 lettres ont été reçues et ont fait l'objet de réponses détaillées.

Prix Maurice Cazin

La Société des Chirurgiens de Paris décernera le Prix Maurice Cazin, d'une valeur de 10.000 francs, à l'auteur du meilleur mémoire de chirurgie.

Les candidats sont priés d'envoyer leurs manuscrits au Secrétariat général de la Société des Chirurgiens de Paris, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), avant le 1er octobre 1947.

Un nouveau prix de 100.000 francs

L'Académie de Médecine a inscrit, parmi les prix dont elle dispose, celui qui a été créé par l'Association de propagande des engrais phosphatés avec la mention suivante :

Prix des engrais phosphatés, destiné à étendre le champ des connaissances sur les répercussions de la réduction massive de l'emploi des engrais phosphatés de 1940 à 1945.

Prix unique qui sera décerné en principe en 1948 : 100.000 francs.

Sujet : Rôle du phosphore dans l'organisme humain. — Manifestation de la carence alimentaire en phosphore. — La carence alimentaire en phosphore au cours de ces dernières années. Ses causes. Ses conséquences possibles sur la Santé publique.

Les travaux seront reçus par l'Académie de Médecine jusqu'au 31 décembre 1947.

La fondation de ce prix par l'Association de propagande des engrais phosphatés a été inspirée par des motifs qui touchent l'agriculture, certes, mais aussi, et presque directement, la santé publique.

La pénurie des engrais phosphatés pendant la guerre a amené une baisse de la production fourragère et par suite la diminution de la production laitière en quantité et en qualité.

Si on veut bien se souvenir que les produits laitiers apportaient avant la guerre 60 0/0 du calcium et 30 0/0 du phosphore de la ration alimentaire normale, on peut mesurer aisément les conséquences de leur disparition.

On connaît trop les maladies de carence dont toute la population, et en particulier les enfants et les J3, eut à souffrir pendant l'occupation. Ces conséquences n'ont pas cessé de se faire sentir. C'est dire tout l'intérêt qui s'attache aux recherches ayant pour but de lutter contre la carence phosphorique.

COURS

Conférences de perfectionnement de l'internat en pharmacie

Ces conférences auront lieu le dimanche à 10 heures à l'amphithéâtre de la Polyclinique infantile, hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris (15e), aux dates suivantes :

20 avril. — Les pyrogènes, par M. German, pharmacien des hôpitaux, assistant de microbiologie à la Faculté de pharmacie.

11 mai. — Des méthodes spectrophotométriques et colorimétriques, par M. Renaut, pharmacien des hôpitaux, assistant à la Faculté de pharmacie.

1er juin. — La lignée rouge, par M. Piette, pharmacien des hôpitaux.

22 juin. — Les métabolites essentiels, par M. Mangeot, pharmacien des hôpitaux, assistant à la Faculté de pharmacie.

LIVRES NOUVEAUX

Notions fondamentales de biochimie à l'usage des candidats aux Facultés et Ecoles de médecine, par M. Clément Duval, maître de recherches. Préface de M. Gabriel Bertrand, membre de l'Académie des Sciences, de l'Académie de Médecine et de l'Académie d'Agriculture. Un vol. gd in-8° de 400 p. Gauthier-Villars, imprimeur-éditeur, 55, rue des Grands-Augustins, Paris, 1946.

Dans l'intention de venir au secours des candidats aux Facultés et Ecoles de médecine, l'auteur a rédigé cet ouvrage qui doit leur permettre « d'affronter sans défaillance le flot des nouveautés qu'ils vont devoir acquérir ». Les candidats, en effet, ne connaissaissant que quelques lois de la chimie générale et n'ayant entrevu la chimie organique que par quelques monographies apprises sans aucun lien, vont, en quelques mois, avoir à comprendre le métabolisme des protéines et les formules compliquées des pigments, des vitamines et des hormones.

S'adressant à des jeunes gens, le professeur Clément Duval a tenu à rester élémentaire, tout en donnant à ses lecteurs des notions suffisantes pour qu'ils puissent suivre avec fruit un cours de chimie médicale.

L'ouvrage comprend deux parties : la première consacrée à la chimie générale et à la chimie organique sert d'introduction à la seconde, la chimie biologique proprement dite. Signalons enfin la liste des livres à consulter et un précieux index alphabétique qui rendra les plus grands services aux travailleurs.

Ainsi compris, le volume publié par M. Clément Duval fait figure d'un grand traité. Ecrit avec une très grande clarté par l'auteur, présenté très méthodiquement par l'éditeur, il deviendra certainement classique, non seulement pour les étudiants, mais aussi pour les praticiens qui auront souvent à s'y reporter lorsqu'il s'agira d'équilibrer des régimes alimentaires ou de s'avancer dans l'étude pratique de la vitaminothérapie et de l'hormonothérapie.

L. G.

Traité de pharmacie galénique, par MM. les professeurs Astruc et Giroux (de Montpellier. 4e édition. I. **Les opérations et les formes pharmaceutiques,** Etude galénique générale. Un vol. gd in-8° de 782 pages, avec 185 fig. Librairie Maloine, Paris, 1946.


ADIAZINE
(SULFADIAZINE)
★
Élimination lente
Acétylation faible
Bonne tolérance
THERAPLIX
98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VII°


UN ALIMENT de SECOURS
En cas d'intolérance lactée ou d'insuffisance du lait de vache, la farine diastasée SALVY est, dès le premier mois, l'aliment de secours du nourrisson.
Envoi sur simple demande adressée à SALVY, 4, Rue de Lambrechts à COURBEVOIE (Seine) du MEMENTO D'ALIMENTATION ET DE DIETETIQUE INFANTILES.
*Farine DIASTASÉE
SALVY
Préparée par BANANIA
ALIMENTATION DU NOURRISSON

Dépôt légal. — 1947. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 14. — SAMEDI 5 AVRIL 1947 120e ANNEE Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France .... *au lieu de* ....375 fr.	356 fr.
Un an : étudiant............ *au lieu de*...............200 fr.	190 »
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Assistants d'O.-R.-L. des hôpitaux

Le concours pour 2 places (1947) s'est terminé par la nomination de MM. Rouget et Labayle.

Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes, externes en premier et externes en médecine pour l'année 1947-1948. — Il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'hôpital Necker (Amphithéâtre d'urologie), à la répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1947-1948 :

Internes en médecine reçus aux concours les années 1936, 1937, 1938, 1941, titularis 1942, 1943, 1944, 1945 et titularisés de la bération, le jeudi 17 avril 1947, à 15 heu.

Internes en médecine reçus au concou de l'année 1946, le vendredi 18 avril 1947, à 15 heures.

Externes en premier, le vendredi 18 avril 1947, à 15 heures.

Externes des hôpitaux reçus aux concours des années 1935, 1936, 1937, 1938, 1941, le lundi 5 mai 1947, à 15 heures.

Externes des hôpitaux reçus aux concours de l'année 1942 (du n° 1 à 270 inclus), le mardi 6 mai 1947, à 15 heures.

Externes des hôpitaux reçus au concours de l'année 1942 (du n° 270 à 540 inclus), le mercredi 7 mai 1947, à 15 heures.

Externes des hôpitaux du concours de l'année 1943, le jeudi 8 mai 1947, à 15 heures.

Externes des hôpitaux du concours de l'année 1945 (remplacements et liquidation), du n° 1 à 220, le vendredi 9 mai 1947, à 15 heures.

Externes des hôpitaux du concours de l'année 1945 (liquidation du n° 221 à 375 inclus et concours normal), le lundi 12 mai, à 15 heures.

Externes des hôpitaux reçus au concours de l'année 1946 (nos 1 à 160 inclus), le mardi 13 mai 1947, à 15 heures.

Externes des hôpitaux reçus aux concours de l'année 1946 (nos 161 à 316 inclus), le mercredi 14 mai 1947, à 15 heures.

MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours. Entrée en fonctions des internes et externes en premier, le lundi 12 mai 1947.

Entrée en fonctions des externes des hôpitaux, le lundi 19 mai 1947.

Concours pour la nomination à une place de gynécologue-accoucheur des hôpitaux de Paris

Le concours sera ouvert le lundi 16 juin 1947.

Les inscriptions seront reçues du jeudi 8 au mardi 20 mai 1947, inclusivement, de 14 à 17 heures tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), au bureau du Service de Santé de l'Administration, 3, avenue Victoria (Escalier A, 2e étage).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Concours pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux vacantes le 1er novembre 1947

Ce concours sera ouvert le lundi 9 juin 1947, à 9 heures, à l'Administration centrale (salle du Conseil de Surveillance), 3, avenue Victoria, 2e étage).

Les inscriptions seront reçues du mardi 6 au lundi 19 mai 1947, inclusivement, de 14 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés), a l'Administration centrale (3, avenue Victoria, bureau du Service de Santé (escalier A, 2e étage).

Les candidats absents de Paris ou empêchés, pourront demander leur inscription par correspondance.

Clinique nationale ophtalmologique de l'Hospice national des Quinze-Vingts

Il est ouvert un concours, le 23 juin 1947, pour un emploi de chef de laboratoire à la clinique nationale ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de l'établissement, 28, rue de Charenton, jusqu'au samedi 14 juin 1947.

Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Un concours pour le recrutement d'internes en médecine titulaires et la désignation d'internes provisoires des hôpitaux psychiatriques de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police, s'ouvrira le 19 mai 1947.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, Service des Etablissements départementaux d'assistance, 1er bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 1er étage, pièce 150, tous les jours, dimanches, samedis après-midi et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 24 mars au 19 avril inclus.

Hôpitaux communaux et intercommunaux de la Seine et de Seine-et-Oise

Un concours pour la nomination à 20 places d'internes titulaires dans les hôpitaux communaux et intercommunaux de la Seine et de Seine-et-Oise, sera ouvert le 12 mai 1947, à la Direction départementale de la Santé de la Seine, 1, avenue Victoria, à Paris.

Les candidats peuvent s'adresser pour tous renseignements à la Direction départementale de la Santé de la Seine, 1, avenue Victoria (2e étage) de 15 à 17 heures.

Les inscriptions sont reçues au même service, tous les jours (les samedis, dimanches et fêtes exceptés), de 14 à 17 heures depuis le 14 avril jusqu'au 26 avril inclusivement.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur, dont une pour deux ans, s'ouvrira le mercredi 7 mai 1947 à la Faculté de médecine. Les aides d'anatomie en exercice sont seuls admis à concourir.

Inscriptions au secrétariat de la Faculté du 8 au 23 avril inclusivement.

Adjuvat. — Un concours pour huit places d'aides d'anatomie titulaires s'ouvrira le mardi 6 mai 1947 à la Faculté de médecine. A titre exceptionnel les docteurs en médecine sont autorisés à concourir.

Inscriptions au secrétariat de la Faculté de médecine du 8 au 23 avril inclusivement.

Légion d'honneur. MARINE

COMMANDEUR. — M. le médecin général Ragot ; MM. les médecins en chef Grosso, Mondon et Canton.

OFFICIER. — MM. les médecins en chef Bourret, Badelon, Simon, Baron, Godal, Laurent, Bonnet, Siméon, Jaffry, Dessausse.

CHEVALIER. — MM. les médecins principaux Soubigou, Provost, Picard, Constans, Hebraud, Billaut, Loumaigne, Beauchesne, Bodeau, Bernard, Bétégan.

Légion d'honneur. SANTÉ PUBLIQUE

OFFICIER. — MM. les Drs Maurice Caillaud, à Orléans ; Jean Paraf et Albert Touraine, médecins des hôpitaux de Paris.

CHEVALIER. — MM. les Drs Aron, à Tours ; Delecourt, à Paris ; Derouet, à Orléans ; Filachet, à Amiens ; André Klotz, à Paris ; Rousse, à Beaune-la-Rolande ; Roussel (Yvan), à Clermont-Ferrand ; Salmon, à Châteaurenard ; Tixier, à Nevers ; Mme Schiff-Wertheimer, à Paris.

CHEVALIER. — M. le Dr Jean Calvet, chirurgien O. R. L. à Toulouse.

Légion d'honneur. EDUCATION NATIONALE

OFFICIER. — M. le professeur Olmer, à Marseille.

CHEVALIER. — M. le professseur Giroud, à Paris ; M. le professeur Raymond, à Limoges.

Ordre de la Santé publique

COMMANDEUR (à titre posthume). — M. le professeur Georges Rechou, de Bordeaux.

EDUCATION NATIONALE

Hygiène scolaire et universitaire. — M. le Dr Grenet, inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire pour l'Académie de Rennes, est placé, sur sa demande, dans la position de disponibilité pour une période d'un an, du 1er avril 1947 au 31 mars

SANTE PUBLIQUE

Légion d'honneur. — Une loi du 18 mars 1947 attribue au ministère de la Santé publique et de la Population un contingent exceptionnel de distinctions dans l'ordre national de la Légion d'honneur à l'occasion du cinquantenaire de la mort de Pasteur. Ce contingent comprendra 1 grand officier, 3 commandeurs, 10 officiers, 26 chevaliers.

Inspection de la Santé. — Ont été nommés inspecteurs stagiaires à la suite du concours ouvert le 3 décembre 1946 et affectés à l'Ecole nationale de la Santé publique :

MM. les Drs Lataillade, Pondaven, Boyer, Amiel, Breton-Robert, Mme le Dr Sacquépée, MM. les Drs Jacob et Gevaudan, Mmes les Drs Jirou et Bourgeot.

GUERRE

Conseils de révision. — Vacations à allouer aux médecins civils. Pour l'incorporation du premier contingent de la classe 1947, l'indemnité accordée aux médecins de réserve, en vertu de l'arrêté du 8 janvier 1946, est décomptée comme suit :

300 francs pour la première heure de présence ;

200 francs pour chaque heure suivante.

Sans que le montant des indemnités à accorder dans une même journée à chaque médecin puisse dépasser 900 francs.

Etat-major général de l'armée. — M. le médecin général Baudet est promu médecin général inspecteur en remplacement de M. le médecin général inspecteur Melnotte, placé dans le 2e secteur.

M. le médecin colonel Liegeois est promu médecin général en remplacement de M. le médecin général Baudet, promu.

Etat-major général des troupes coloniales. — M. le médecin colonel Durieux est promu au grade de médecin général

Ecole d'application du Service vétérinaire de l'armée. — Il est institué un concours pour l'obtention du titre de « professeur agrégé de l'Ecole d'application de l'armée » pour les quatre chaires suivantes : médecine, chirurgie, microbiologie et anatomie pathologique. Inspection des denrées alimentaires.

Il est institué un concours pour l'obtention du titre de « spécialiste du service vétérinaire de l'armée pour les quatre spécialités suivantes : microbiologie, inspection des denrées alimentaires, physiologie, zootechnie.

Académie Duchenne de Boulogne

L'Académie Duchenne de Boulogne dans sa dernière réunion a décidé de reporter à 1947 l'attribution de son prix annuel.

Ce prix sera de 20.000 francs et récompensera, selon les statuts de l'Académie, l'auteur d'un travail original de langue française, susceptible de faire avancer la science médicale.

L'Académie rappelle les noms des lauréats auxquels ont été décernés depuis 1938, le prix Duchenne de Boulogne :

MM. Louis Lory, Raoul Lecoq, Marc Iselin, Lapipe et Rondeperre, Raoul et Meunier, Charpy.

Les mémoires, inédits et non encore récompensés, doivent être envoyés au Secrétariat de l'Académie, 60, boulevard Latour-Maubourg, avant le 1er octobre 1947.

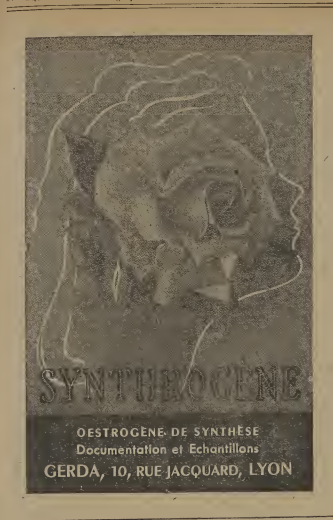
F. E. M.
La nuit de la médecine française
(3 mai 1947)

Le bal de la Médecine avait été supprimé depuis 1939. Il va renaître sous une forme nouvelle. Le 3 mai, tous ceux qui répondaient autrefois à l'appel de la F. E. M. se retrouveront au Palais de Chaillot.

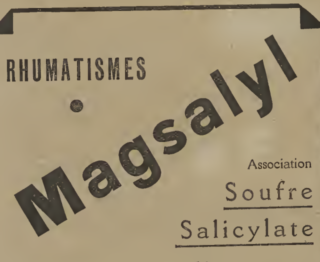
Au programme : un film français inédit « La Maison sous la mer », un spectacle de danses avec les ballets espagnols de Ramon Almada et l'orchestre des Concerts Pasdeloup, et puis, à partir de 23 h. 30, le bal d'autrefois entraîné par l'orchestre de Michel Emer.

Tous ceux, toutes celles qu'enchantaient les anciens bals de la Médecine ne manqueront pas d'assister à la nuit du 3 mai. Ils seront d'autant plus nombreux que la fête est donnée au profit des sinistrés de la profession médicale, au profit des veuves et des orphelins.

Comme autrefois, tous voudront assister à cette fête de bienfaisance ou envoyer leur participation à F. E. M., 60, boulevard de la Tour-Maubourg. (Ch. Post. Paris 1466-88.)


SYNTHROGÈNE
OESTROGÈNE DE SYNTHÈSE
Documentation et Echantillons
GERDA, 10, RUE JACQUARD, LYON


CHLORO-CALCION
Solution titrée de Chlorure de Calcium stabilisé
INDICATIONS
RECALCIFIANT
Croissance, Tuberculose
HÉMOSTATIQUE
Toutes Hémorragies
DÉCHLORURANT
Albuminuries, Néphrites, Œdèmes
Ascite - Pleurésies
FORMULE
LABORATOIRES MICHELS


RHUMATISMES
Magsalyl
Association
Soufre
Salicylate


AGOMENSINE
NOM DÉPOSÉ
SISTOMENSINE
NOM DÉPOSÉ
Extraits ovariens dissociés d'action définie
CIBA
Réalisent dans tous les cas
LA THÉRAPEUTIQUE HORMONALE DE LA FEMME
AMÉNORRHÉE
HYPOMÉNORRHÉE
MÉNORRAGIES
DYSMÉNORRHÉE
Comprimés: 3 à 9 par jour
Comprimés: 3 à 6 par jour
LABORATOIRES CIBA Dr P. DENOYEL, 103-117 Boulevard de la Part-Dieu, LYON


DÉPRESSIONS
NERVEUSES
GRANULES
TITRÉS
à 1 milligramme
2 à 10 par jour
60 GRANULES TITRÉS
à 1 milligramme
STRYCHNINE HOUDÉ
(PRIX ORFILA)
FABRIQUÉ EN FRANCE
MODE D'EMPLOI
2 à 10 PAR JOUR

REVUE GÉNÉRALE

Le syndrome sympathique cervical postérieur de Barré-Liéou (1)

par le Professeur H. Roger (de Marseille)

Le syndrome sympathique cervical postérieur, s'il n'est plus discuté, depuis que Barré en a, en 1925, dégagé l'individualité, est souvent méconnu des médecins. Cependant, son importance médico-légale ne permet plus d'en ignorer le tableau clinique.

Liéou, dans sa thèse (Strasbourg 1928), en a donné une description magistrale : le nom de Barré-Liéou lui reste d'ailleurs attaché. Puis chacun de ses aspects a fait l'objet de travaux nombreux. L'école montpelliéraine avec Euzière et Laffont, El Kassab, Viallefont et Terracol s'est employée à détacher certains traits de sa physionomie.

A Marseille, Roger, Alliez et Paillas (*Archives de Médecine*, janvier 1935), puis Devèze, dans une thèse (Montpellier 1937) inspirée par Pitot (de Nîmes), mais comportant une quinzaine d'observations marseillaises, Aymès (*Provence Médicale*, mars 1942) ont insisté sur le rôle du traumatisme.

Ainsi, peu à peu, a-t-on su reconnaître, dans ses manifestations radiologiques et cliniques, l'atteinte de ce sympathique cervical postérieur.

Rappel anatomique

On connaît surtout le ganglion étoilé, le ganglion cervical supérieur et leurs connexions, qui constituent la chaîne sympathique prévertébrale, le sympathique cervical antérieur. Mais le ganglion étoilé donne aussi naissance à des fibres ascendantes qui vont se diriger en arrière, satellites de l'artère vertébrale vers le canal transversaire ; les unes seront des rameaux communicants destinés aux trois ou quatre dernières racines cervicales ; les autres, tout autour de l'artère, vont former un riche plexus qui atteindra ainsi cette région bulbo-protubérantielle si importante, dont les vertébrales et leur réunion en tronc basilaire assurent l'irrigation. C'est le sympathique cervical postérieur, dont Barré nous a appris les manifestations vaso-motrices.

Séméiologie clinique

Avec Barré et Liéou, nous distinguerons :

1° Des symptômes cardinaux qui font la physionomie essentielle du syndrome ;

2° Des symptômes secondaires, plus ou moins bruyants, suivant le malade ;

3° Des symptômes associés, dépendant souvent de la lésion causale.

I. — Les symptômes cardinaux.

Ce sont essentiellement, lorsque la symptomatologie est complète, des céphalées, des vertiges, des troubles auriculaires et des troubles visuels.

1° *Les céphalées* sont ordinairement le premier symptôme dont se plaignent les malades. C'est le signe cardinal.

Sur un fond continu, sourd le plus souvent, viennent se greffer des paroxysmes intenses, prolongés, à type de piqûre, de vrille, de serrement dans un étau. Parfois ces crises seules existent. La position de la tête (surtout l'hyperextension), les pressions sur la région sous-occipitale, la toux, les éternuements, comme la fatigue intellectuelle ou les changements de température peuvent les déclencher. Le froid, les anesthésiques locaux les calment.

Si leur siège est variable, c'est cependant la céphalée occipitale qui est la plus importante, tant par sa fréquence que par son intensité. Elle irradie vers la nuque, les épaules, se projette vers la région frontale. C'est là parfois qu'elle prédomine, mais elle affecte alors une région précise, sus-orbitaire par exemple. Plus rarement, temporo-pariétale ou temporo-frontale, elle se résume parfois en une sensation de vide, de lourdeur.

2° *Les vertiges.* — Ce sont en général de faux vertiges. Il n'y a pas de véritable rotation des objets, mais une sensation de malaise, d'insécurité, de déséquilibre par rapport au milieu extérieur, d'instabilité statique et surtout cinétique. Déclenchés souvent par l'acte de se baisser ou de regarder en l'air, ils durent de quelques secondes à trois ou cinq minutes, rarement plus. L'examen vestibulaire est négatif.

3° *Troubles auriculaires.* — Si ces troubles sont moins fréquents que les premiers, ce sont cependant les plus pénibles, parce que tenaces. Bilatéraux, ils sont à type de bourdonnements, de sifflements, d'otalgies profondes. Ils peuvent exister en même temps que les vertiges ou les précéder (les vertiges qui font entendre, de Lermoyez).

Là encore, en règle générale, rien ne vient objectiver ces troubles.

4° *Troubles oculaires.* — A côté d'oculalgies profondes (le malade dit souffrir derrière l'œil), il y a surtout des troubles sensoriels. Ce sont une fatigabilité oculaire, plus rarement des scotomes scintillants qui surviennent après un effort visuel soutenu (lecture, couture).

Tels sont les éléments cardinaux du syndrome. Ils sont souvent accompagnés d'un cortège symptomatique plus riche, variable suivant le malade, moins fréquent peut-être, mais important à connaître.

II. — Symptômes secondaires.

Ils consistent en troubles faciaux, troubles pharyngés, troubles de la phonation et troubles psychiques.

1° *Les troubles faciaux* se traduisent par des paresthésies dans le domaine du V, plutôt que par des algies vraies. Objectivés par la douleur à la pression des points d'émergence, ils s'accompagnent fréquemment de troubles vaso-moteurs.

2° *Les troubles pharyngés*, bien étudiés par Terracol, consistent en une sensation de gêne plus que de douleur, de corps étranger, de boule, gêne déclenchée par la déglutition. Il y a souvent quelques troubles trophiques, gorge sèche, pâle, d'aspect atrophique.

3° *Les troubles de la phonation* ont été signalés par Barré. Les sujets présentent des crises d'enrouement ou d'aphonie complète.

4° *Les troubles psychiques* acquièrent une grande importance chez ces malades. Ce sont des états d'asthénie physique et psychique, faisant de ces malades des anxieux, des hypocondriaques, qui s'acheminent souvent vers la psychasthénie avec idées de suicide.

III. — Symptomes associés.

Il est facile de percevoir, selon la cause déclenchante du syndrome sympathique cervical postérieur, l'association d'un grand nombre d'autres symptômes (Claude Bernard Horner) par l'atteinte simultanée du sympathique cervical antérieur ; syndrome subjectif des traumatisés craniens, en cas de fracture du crâne, ou de commotion cérébrale concomitante ; raideur du cou, s'il y a rhumatisme vertébral ou traumatisme) qui peuvent occuper une partie du tableau clinique.

C'est la prédominance de l'un ou l'autre de ces symptômes, secondaires ou associés, qui va nous permettre de décrire des formes cliniques.

Formes cliniques

Nous étudierons des formes symptomatiques, topographiques, étiologiques.

I. — Formes symptomatiques.

1° *Forme vertigineuse.* Lermoyez, en 1919, avait isolé la forme un peu spéciale « du vertige qui fait entendre ». Puis Barré et Riff à leur tour observent chez un malade, ces crises de bourdonnements avec diminution de l'ouïe, qui durent plusieurs jours, puis disparaissent rapidement après l'apparition d'un fort vertige et qu'ils rattachent à un spasme vasculaire.

2° *Formes faciales.* Il faut distinguer des formes sensitives et des formes motrices :

a) Les formes sensitives décrites par Barré et Liéou sont le type de la névralgie sympathique. Sur un fond douloureux, sourd, se greffent des paroxysmes qui d'une zone réduite vont s'étendre à toute la face et qui s'accompagnent de troubles vaso-moteurs, bouffées de chaleur, hypersécrétion nasale, unilatérale ; parfois des sensations paresthésiques particulièrement tenaces et obsédantes résument tout le tableau.

b) Les formes motrices constituent ce que Euzière et Viallefont ont appelé la forme faciale spasmodique. Le spasme peut être uni ou bilatéral, souvent localisé à la paupière, réalisant un blépharospasme.

3° *Formes pharyngées.* Terracol, en 1926, a décrit un ensemble de troubles sensitifs et de troubles fonctionnels :

a) Les troubles sensitifs consistent en sensation de brûlures, de picotements au niveau du pharynx. « Ces malades semblent

---

(1) Leçon recueillie par le Dr J. Duplay.

avoir tout le temps une angine. » Parfois même existe une glossodynie.

b) Souvent s'ajoutent des troubles de la déglutition, des arrêts passagers, des spasmes objectivés par la bouillie barytée ; le goût peut être perverti.

Enfin, les troubles vaso-moteurs peuvent exister : les piliers du voile sont grêles, la muqueuse est sèche, atrophiée.

4° *Formes oculaires.* Bien décrites par Viallefont, elles se signalent par des troubles sensoriels, sensitifs, subjectifs ou objectifs, des troubles moteurs. Certaines kératites récidivantes ont pu être, elles aussi, rattachées à un syndrome sympathique cervical postérieur.

II. — Formes topographiques.

La forme classique est généralement en rapport avec une lésion des dernières vertèbres cervicales (forme basse).

Mais Coste et Hannote ont aussi décrit des formes hautes, en rapport avec une arthrite de la région atloïdo-occipitale.

III. — Formes étiologiques.

Liéou, dans sa thèse, à la suite des premiers travaux de Barré, en a longuement étudié l'origine rhumatismale, en envisageant cependant le rôle possible du traumatisme. Celui-ci fut étudié par Crusem, puis par l'école marseillaise. Ce sont-là, en effet, les deux étiologies dominantes du syndrome cervical postérieur.

1° *Le rhumatisme cervical chronique* réalise le tableau classique qu'on rencontre surtout chez des personnes âgées (60 % des cas au-dessus de 50 ans, 16 % entre 40 et 50, 24 % au-dessous de 40).

Ce sont des douleurs plus ou moins violentes, spontanées, s'accentuant à la mobilisation, surtout localisées à la nuque. Elles réalisent un véritable torticolis. Les mouvements actifs et passifs, rotation, inclinaison latérale, flexion et surtout hyperextension sont limités et pénibles. La pression des apophyses épineuses et des masses latérales est douloureuse.

Ce sont en général, des arthrites légères qui déterminent un tel syndrome. Aussi est-ce l'*examen radiographique* qui confirmera le diagnostic.

Liéou, puis Euzière et Lamarque nous en ont donné une description complète. La colonne cervicale doit être étudiée sur un cliché de face, puis sur des profils, tant au point de vue statique que cinétique. Les lésions portent, avant tout, sur les quatre dernières cervicales, c'est-à-dire le segment relativement immobile de cette portion du rachis avec prédominance sur la cinquième vertèbre.

De face, les corps vertébraux vont paraître irréguliers. Les contours supérieur ou inférieur peuvent être anormalement épaissis. Latéralement, les surfaces articulaires présentent des déformations que la radiographie de profil ne révèle pas. Elles paraissent rugueuses, finement dentelées, donnant une impression d'engrènement avec la surface articulaire de la vertèbre sousjacente. Elles peuvent être hypertrophiées.

De profil, les lésions s'objectivent encore mieux. Il y a effilement du coin antério-inférieur, formation de bec de perroquet de parenthèse ; le disque est aminci. Parfois il n'y a ni déformation, ni ostéophytes. Mais la colonne, au lieu de la molle inflexion habituelle, offre un *aspect rectiligne* caractéristique.

Pour Euzière, les lésions prédominent sur la 6e vertèbre cervicale, qui serait aplatie, tassée. Mais, avec Liéou, il faut insister sur le manque de rapports entre le degré d'atteinte du rachis et l'intensité du syndrome.

2° *Le traumatisme* a vu son rôle précisé par Devèze qui, dans sa thèse (1927) a insisté sur l'importance médico-légale d'une telle étiologie et qui rapporte dans ce travail 15 de nos observations personnelles, auxquelles nous pouvons adjoindre à l'heure actuelle un grand nombre de cas similaires.

Rarement le traumatisme, retrouvé à l'origine, est important (fracture). Si le choc a pu être violent, il n'a en général pas laissé de traces radiologiques. Souvent même le sujet se présente comme un traumatisé cranien. Au cours d'une chute de moto, d'un accident d'auto ou de tout autre nature, il a été projeté en avant, a perdu connaissance et a paru atteint d'un syndrome commotionnel dont il a guéri. Puis, de 1 à 3 mois après le traumatisme initial, rarement plus tôt, rarement plus tard, se constitue le tableau clinique du syndrome sympathique cervical postérieur, avec ses céphalées, ses vertiges, et surtout avec ses tendances *psychasthéniques, hypocondrisantes*.

Parfois il s'agit d'un traumatisme moins sérieux : chute sur les talons, mouvement forcé brusque. Ces malades sont en majorité des hommes, âgés de 30 à 50 ans.

Les signes associés prennent ici toute leur valeur pour permettre le diagnostic rétrospectif du trauma. Des lésions de la moelle cervicale réalisent une ébauche de Brown-Séquard. Plus souvent il persiste quelques signes radiculaires du plexus brachial (dysesthésie ou parésie du membre supérieur), du plexus cervical. Nous pouvons voir de même une atteinte concomitante de la XIIe paire ou du vago-spinal, ou coexister un syndrome sympathique cervical antérieur (signe de Claude-Bernard Horner).

Les clichés radiographiques, en dehors de cas exceptionnels de corps étrangers (éclats d'obus), nous montrent rarement des images importantes de tassement par fracture du corps. Le plus souvent on découvre la fracture d'un pédicule, d'une apophyse articulaire ou épineuse, d'une lame. Parfois même aucun signe de fracture ne sera décelé, mais le cliché montrera des images d'*arthrite cervicale*.

Peut-on penser ici au développement d'arthrite post-traumatique ? Il semblerait plutôt que le traumatisme n'a fait que réveiller et objectiver une arthrite chronique antérieure. Dans quelques cas, on ne trouve qu'un aspect rectiligne du rachis.

3° *Parmi les autres étiologies*, de multiples autres causes ont pu être reconnues au syndrome sympathique cervical postérieur. Mais ce sont là des faits exceptionnels. Un spina-bifida cervical a été décrit par Chavany, par Cazalis, par Guslin et Merle. Euzière rapporte un cas de syndrome de Barré-Liéou dû à une paire de côtes cervicales. Barré l'a trouvé comme premier signe d'une tuberculose pleuro-pulmonaire du sommet.

Enfin, certains ont voulu rattacher les céphalées, angoisses, les sécheresses de la gorge des sympathico-toniques et des dysendocriniens à des troubles du sympathique cervical postérieur.

Diagnostic

Si les céphalées, les vertiges avec leurs éléments caractéristiques rendent en général facile le diagnostic de la forme habituelle, il est certaines formes localisées, formes faciales, qui peuvent au premier abord se confondre avec d'autres syndromes sympathiques faciaux, localisés au nerf nasal (syndrome de brûlure et de larmoiement de Charlin), au ganglion sphéno-palatin (syndrome de Sluder à type d'hydrorrhée nasale et d'éternuements), aux nerfs sudoraux (éphidrose de la face souvent due à un traumatisme de la face et dont la sudation ne se produit que pendant la mastication).

Les traumatismes doivent faire envisager la distinction du syndrome sympathique cervical postérieur avec le syndrome post-commotionnel des traumatisés du crâne.

Si les signes de ces deux syndromes présentent une grande analogie, il faut cependant noter quelques différences assez sensibles. C'est ainsi que les troubles psychiques sont avant tout des troubles de l'attention, de l'irritabilité, de l'insomnie dans le syndrome post-commotionnel. Au contraire la tendance psychasthénique domine au cours de l'évolution du syndrome de Barré-Liéou.

De plus, si les troubles vertigineux sont purement subjectifs chez ce dernier, au contraire les troubles vestibulaires sont fréquemment objectivés, tant par les épreuves cliniques qu'instrumentales, au cours des syndromes post-commotionnels.

La douleur intra-oculaire, la fatigabilité oculaire sont en faveur d'un syndrome sympathique cervical postérieur. Par contre, il semble que la pression artérielle rétinienne soit souvent augmentée au cours des syndromes post-commotionnels. Cependant, l'étude de celle-ci est encore sujette à caution, car la contre-épreuve n'a pas été suffisamment établie.

L'étude du L. C. R. (souvent modifié au cours du syndrome post-commotionnel), la ventriculographie, l'encéphalographie gazeuse, l'électroencéphalogramme viendront encore aider à trancher le différend.

Un dernier élément de différenciation réside dans l'évolution réciproque de ces deux syndromes. Tandis que le syndrome sympathique cervical postérieur s'installe deux ou trois mois après le trauma, puis va augmentant et persiste très longtemps, le syndrome post-commotionnel est plus précoce et en général s'améliore à la longue.

L'épreuve thérapeutique locale enfin (radiothérapie cervicale) viendra ajouter son appoint.

Pronostic

Le pronostic est conditionné par l'allure chronique, désespérante, de cette affection qui, par là même, retentit sur le psychisme du sujet et entraîne un état psychopathique qui va dominer la scène. C'est un fait à retenir dans les expertises, où l'on a trop tendance à considérer ces sujets comme des revendicateurs sinistrosés : ce sont des malades. Ils ont droit à un taux d'invalidité assez élevé et le taux de 18 à 30 % qui leur est attribué en moyenne paraît dans quelques cas nettement au dessous du degré d'incapacité réelle.

Physio-pathologie

Après avoir décrit l'ensemble des symptômes qu'il est possible de grouper dans le syndrome de Barré-Liéou, il faut nous demander si on peut vraiment les rattacher à une atteinte du sympathique cervical postérieur.

François Frank, par ses expériences, nous en apporte une première confirmation physiologique. Après avoir supprimé la possibilité d'une vaso-contriction d'origine aortique par cocaïnisation du plancher bulbaire, il excite le nerf vertébral : il y a élévation de la pression dans l'artère vertébrale.

Weir Mitchell, pendant la guerre de Sécession, observe des céphalées, des douleurs oculaires, des bourdonnements d'oreille homolatéraux, de l'asthénie, de l'affaiblissement de la mémoire après blessure du sympathique cervical.

Leriche et Fontaine, au cours de section des derniers rameaux communicants cervicaux, observent eux aussi des céphalées et des troubles laryngés.

Enfin Barré et Draganesco déclenchent des sensations de vertige, des sifflements et bourdonnements d'oreille, par une injection de scurocaïne dans la région latéro-vertébrale.

Tous ces faits expérimentaux, joints aux données de l'anatomie, nous expliquent qu'une irritation du sympathique cervical postérieur puisse retentir sur les branches de l'artère vertébrale. L'artère méningée postérieure sera responsable des céphalées ; les artères bulbaires des troubles vestibulaires, pharyngés et faciaux. Les troubles oculaires seraient les projections en avant des phénomènes postérieurs par répercussivité sympathique ; Barré a décrit l'anxiété bulbaire, à laquelle il faut rattacher les troubles psychiques du syndrome.

TRAITEMENT

Bien défini, ce syndrome est malheureusement assez rebelle à la thérapeutique, comme nous y avons déjà insisté.

Au cas de traumatisme rachidien, les greffes vertébrales ne peuvent rien pour eux, puisque nous avons vu le peu d'importance habituelle des lésions osseuses. Tout au plus peut-on essayer de le prévenir par une immobilisation prolongée de tout traumatisme cervical.

Il faudra agir essentiellement sur l'arthrite cervicale et mettre en œuvre la gamme variée des thérapeutiques qui peuvent parfois soulager ces malades : surtout séances de radiothérapie, infiltrations locales de novocaïne, injections intraveineuses de salitropine, de naïodine, etc...

Enfin, restent les interventions sur le ganglion étoilé, dont l'expérience n'est pas encore suffisante pour conclure.

RESUME

Il était donc légitime de grouper tous ces éléments si caractéristiques en un syndrome qui mérite à juste titre de voir associer les noms de Barré et Liéou.

Sa connaissance nous a permis de démembrer encore le grand chapitre des céphalées et de mieux connaître la physiologie du sympathique cervical.

Son intérêt n'est pas moindre dans la pratique quotidienne, puisque l'isolement de cette entité clinique permet une plus juste appréciation des invalidités à attribuer à ces malades souvent méconnus ou qualifiés de névropathes.

ACTUALITÉS

Isotopie et biologie

(à propos d'un livre récent)

Science nouvelle, la chimie nucléaire a déjà stupéfait le monde par ses applications militaires. Ce ne sont heureusement pas les seules que les savants aient poursuivies. Dans un domaine aussi neuf et aussi prometteur de surprises il est vain de chercher à prévoir et pour se rassurer il faut se contenter d'apprécier à leur juste valeur les applications pacifiques de la discipline nouvelle. Il n'y a là qu'un début, et comme tel désintéressé et théorique. Les résultats acquis n'en méritent pas moins l'intérêt ainsi qu'en témoigne le récent ouvrage où MM. Strohl et Berger (1) donnent un aperçu de ce qu'en physiologie et un peu aussi en médecine ont apporté de nouveau les isotopes radioactifs.

Le tableau de Mendeleeff, si fécond pour le développement de la chimie moderne, a cessé d'être le schéma qu'il fût d'abord et a pris figure de classification véritable. En même temps, aussi, que les acquisitions successives en comblaient les vides de l'origine, les recherches ont eu pour effet d'en surpeupler pour ainsi dire les cases. Petit à petit certaines d'entre elles se sont meublées de plusieurs occupants, *corps isotopes*, que ni l'identité de leurs nombres atomiques ni l'analogie de leurs propriétés chimiques ne permettent de séparer facilement mais que certaines différences physico-chimiques subtiles commandent cependant de distinguer. Certains corps « simples » de la chimie de Lavoisier en arrivent ainsi à être des mélanges de corps « simples » aussi, étroitement apparentés, les propriétés classiquement reconnues aux premiers devenant ainsi une sorte de moyenne.

Ces isotopes naturels se sont ainsi multipliés ces dernières années ; leur stabilité égale en général celle du « premier occupant » placé dans la case par la chimie classique.

En même temps que la classification de Mendeleeff prenait une réalité objective, les images que les chimistes se formaient de l'atome allaient se précisant et s'unifiant et dans ce domaine aussi les schémas ingénieux du début se corrigeaient, se combinaient et s'objectivaient ; l'atome, selon Jean Perrin et selon Rutherford, prend, pour le moment au moins, consistance de réalité et les atomes des corps « simples » ne se distinguent que par l'ordonnance imposée, à une matière première unique ; des forces appropriées remaniant cette ordonnance permettent de passer d'une espèce à l'autre. Rutherford réussit le premier une telle transmutation ; la science française, grâce à l'Ecole de F. Joliot et à la découverte des radio-éléments artificiels a largement regagné depuis, dans ce domaine, l'avance britannique.

L'isotopie garde ici toute son importance ; dans les transmutations, les règles et l'obtention à coup sûr sont de plus en plus assurées.

Pour le chimiste nucléaire l'important est d'avoir isolé de nouveaux isotopes, entièrement artificiels ceux-là, pour le plus grand nombre instables et radioactifs, et d'avoir ainsi mis en évidence que la radioactivité n'était pas l'apanage exclusif de quelques atomes lourds.

Pour le biologiste, l'important réside dans l'emploi possible de substances ayant les mêmes propriétés chimiques et physiologiques que certains éléments présents dans l'organisme mais, en même temps, douées d'une radioactivité qui les en distingue et, ne les quittant ni dans leurs déplacements ni dans leurs combinaisons pendant un temps suffisant, permette de suivre leurs avatars à travers les organismes.

Corps simples ou composés se trouvent de la sorte « indexés » et, dans certaines limites, au moins, utilisés par les êtres vivants sans que leur radioactivité trouble le fonctionnement organique.

Les travaux dont MM. Strohl et Berger donnent un premier aperçu ont dès maintenant le plus grand intérêt tant par leurs résultats que par la méthode de travail nouvelle qu'ils ont amené à édifier.

Dès aujourd'hui la préparation des éléments « marqués » a franchi le stade de la chimie minérale simple ; des produits organiques complexes ont été préparés au moyen de radio-éléments. Le compteur de Geiger-Müller s'est assoupli pour l'emploi en chimie biologique et en physiologie ; on lui associe à l'occasion des méthodes photographiques de détection qui s'appliquent aussi bien aux recherches topographiques sur le vivant qu'à celles qui portent sur des organes séparés ou des préparations histologiques.

Ce sont les recherches physiologiques qui sont jusqu'ici les principales bénéficiaires des méthodes nouvelles.

L'importance de l'iode dans le fonctionnement thyroïdien et la relative facilité de préparation d'un radio-iode de période suffisante ont fait que la physiologie thyroïdienne a été la première étudiée pour préciser la sécrétion et l'excrétion dans leur mécanisme ainsi que les stades parcourus par l'iode. On a ainsi constaté qu'une demi-heure après l'injection, la radio-iode est déjà présente dans les vésicules même de la glande, avec une prédominance très marquée pour la colloïde basophile. Quant aux cellules, elles n'en présentent à aucun moment en quantité notable. La synthèse par la cellule se produit donc avec une rapidité extrême et sur des quantités indécelables à la fois ; l'iode organique est immédiatement entreposée dans la vésicule.

L'iode radioactive a montré que le fonctionnement glandulaire commence dès la vie intrautérine. La cellule thyroïdienne

(1) A. Strohl et M. Berger. Les isotopes radioactifs en biologie. Masson, Paris, 1946.

puise l'iode à l'état de traces dans le sang et l'incorpore à la thyroxine qu'elle contient ; la diiodothyroxine ainsi formée est rejetée dans les vésicules et s'y transforme en thyroxine. Le processus d'excrétion en est encore obscur.

Les substances antithyroïdiennes agissent en diminuant le pouvoir concentrateur de la glande et en bloquant les processus successifs d'édification de l'hormone.

Chez les basedowiens, les zones hyperplasiées possèdent une capacité particulièrement élevée de fixation de l'iode.

La préparation relativement aisée et la longue période du radiophosphore ont de même facilité les recherches sur le métabolisme phosphoré. Hevesy et d'autres ensuite, ont vu que très vite après l'injection intraveineuse de phosphate de soude radioactif le phosphore va se fixer dans le squelette et les muscles; il s'élimine très vite aussi et paraît dans l'urine dès les premières minutes ; dans les fèces le radiophosphore se distingue aisément du phosphore alimentaire non absorbé.

On a pu aussi étudier la permanence dans le jeune animal du radiophosphore de provenance maternelle. L'étude des phospholipides, des nucléoprotéides a montré que la lécithine se forme en dehors du tractus intestinal, que la plupart des phospholipides du plasma se forment dans le foie, et accessoirement dans le rein et le grêle.

Hevesy a réservé aussi une attention particulière à la contraction musculaire. Chez la grenouille l'administration du radiophosphore provoque la présence dans les muscles du phosphagène radioactif édifié à ses dépens. De façon permanente et même en dehors de tout travail musculaire, le phosphagène se reconstitue ; de même pour les autres composés phosphorés du muscle et d'autant plus que la température est plus élevée. On a pu suivre le rythme de la consommation de phosphagène au cours de la contraction musculaire, l'influence du jeûne, de l'ingestion de glucose, d'injection d'insuline. Les recherches sur le rôle du potassium ont confirmé et complété les idées classiques.

La méthode a permis également d'étudier la perméabilité cellulaire aux ions, celle des parois capillaires, des hématies, du placenta. Cette dernière est d'autant plus grande que la grossesse et le développement fœtal sont plus avancés et les tissus fœtaux plus semblables à ceux de l'adulte.

Les isotopes radioactifs des corps entrant dans la composition de l'os ont permis d'étudier divers points de la physiologie du squelette. A l'état normal, l'os, même chez l'adulte, est en perpétuel remaniement ; de même la dentine.

Ont été étudiés aussi la relation de la calcification et de la phosphorémie, le mécanisme d'action de la vitamine D, le métabolisme calcique pendant la grossesse. Chez la femme enceinte il y a transfert de calcium maximum au fœtus le dernier jour de la grossesse ; le transfert continue les jours suivants par l'allaitement ; le dernier calcium fixé est le premier cédé.

L'emploi du radio-fer a permis d'étudier le métabolisme général du fer, la synthèse de l'hémoglobine, les mesures de la masse sanguine et de la vitesse de circulation.

Une autre conséquence de l'instabilité des radioéléments fait d'eux à des degrés divers des émetteurs d'électrons dont l'action biologique se rapproche de celle des rayons X ou de divers rayonnements des radioéléments naturels. Peut-être permettront-ils d'utiliser les rayons B plus complètement et avec moins d'inconvénients. On peut penser aussi que chaque élément artificiel ayant, de par sa nature chimique, affinité particulière pour un tissu ou un système, on pourra diriger de façon plus assurée leur action que par les émissions ordinaires.

Ces travaux, à leur début, se heurtent encore à la difficulté d'une préparation en quantité suffisante des éléments nécessaires. Pourtant quelques essais ont été faits sur l'animal et même l'homme, contre des tumeurs et surtout des leucémies et des polyglobulies. Dans ce dernier cas on emploie le radiophosphore en raison de son affinité pour le tissu réticuloendothélial ; il se fixe plus énergiquement sur le tissu leucémique que sur le tissu normal, quitte à s'accumuler ensuite dans l'os. La moelle osseuse des polyglobuliques le retient aussi de façon particulière. On ne peut juger encore la valeur de la méthode faute d'un nombre suffisant de cas. Dans les cancers, c'est le radiostrontium dans les cancers osseux et le radioiode dans les cancers thyroïdiens qui ont été essayés.

Quel que soit son avenir cette méthode a l'originalité d'associer à l'effet pharmacologique d'une molécule et à ses affinités tissulaires l'effet *in situ* des radiations B dont elle est la source.

Nulle conclusion n'est permise sur une méthode nouveau-née. Il faut espérer qu'avec les progrès de la science atomique et de la technique de transmutation, imprévue dans un passé encore récent, si les espoirs des thérapeutes prennent corps, la préparation de radioéléments à but thérapeutique ne rencontrera plus d'obstacle matériel insurmontable.

R. Levent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Séance du 18 mars 1947

Nécrologie. — Le président fait part à l'Académie du décès de M. H. Vallée et de M. Hautant.

Hypersplénie hémorragique — M. Loeper. — Observation d'un malade dont l'histoire clinique est avant tout caractérisée par une splénomégalie considérable et des hémorragies répétées. L'étude complète de l'observation ne permet d'attribuer à ces hémorragies aucune des causes mécaniques, inflammatoires, nerveuses qui ont été alléguées jusqu'ici pour expliquer de tels accidents. Il semble légitime de penser qu'il s'agit dans ce cas d'un hyperfonctionnement sans viciation qualitative d'une rate hypertrophiée.

Discussion : MM. Martel, Jolly.

Nécessité d'un code international de la Santé Publique. — M. Dujarric de la Rivière. — En 1945 la Conférence mondiale de la Santé a proclamé que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre est l'un des droits fondamentaux de tout être humain quel qu'il soit. Ce principe nécessite la refonte des conventions sanitaires internationales.

Il serait utile que les conventions actuelles ayant trait à la navigation maritime ou aérienne et à la protection des frontières terrestres fussent fondues en un code international de la Santé publique. Les progrès en matière de vaccination et de prophylaxie chimique permettent des règlements uniformes en toute circonstance applicables.

Les âges devant les régimes déséquilibrés et carencés. Clinique. Expérimentation. — MM. Mouriquand, Rollet, Mme Edel. — Chez l'homme, les âges différents réagissent différemment devant les régimes déséquilibrés et carencés, ceux-ci sont d'autant plus nocifs au point de vue croissance, nutrition, immunité, résistance aux maladies que le sujet est plus jeune.

Des expériences sur l'animal nourri soit au riz décortiqué, bouilli ou sec, soit au babeurre sec montrent aussi que la résistance générale et la résistance oculaire diffèrent avec l'âge. L'animal jeune meurt beaucoup plus vite que l'adulte, les troubles oculaires sont plus précoces et plus graves, les troubles cutanés sont plus facilement mis en évidence.

Métabolisme basal et obésité. — M. Kermorgant. — 600 obèses de catégories diverses ont été examinés par des procédés multiples de mesure du métabolisme basal. 506 ont un métabolisme inférieur à la normale. De même 501 ont un quotient respiratoire inférieur à la normale. Chez la majorité les échanges respiratoires sont très diminués. Si le métabolisme basal ne peut, en ce qui concerne les obèses, ni orienter le diagnostic étiologique ni fournir d'indications thérapeutiques, les obèses respirant d'une manière générale, de façon insuffisante, la mesure des échanges respiratoires présente chez eux un intérêt certain.

Elections. — MM. Billet (de Lille), Cotte (de Lyon), Guyot (de Bordeaux), sont élus correspondants nationaux dans la IIe Division (chirurgie).

Vacances de Pâques. — La séance du 8 avril n'aura pas lieu.

Commissions des prix pour 1947. — *Académie, Alvarenga, Larrey, Le Piez :* MM. Renault, Lesné, Bénard, Ribadeau-Dumas, Lhermitte, L. Ramond.

Hélène Achard, Bouchet-Renault, Huchard : MM. Binet, Bénard, Verne.

Burgkly, Martignoni, Monbinne, Pannetier : MM. Lemaître, Laignel-Lavastine, Gougerot, Bénard.

Jansen : les rapporteurs : MM. Brumpt, Polonovski, Tréfouel, Fabre, Ramon, Gougerot, Dujarric-de-la-Rivière, Bénard, Boivin, Guillain, Hazard.

Médecine générale : Prix Argut, Barbier, Daudet, Desportes, Dreyfous, Gueretin, Guzman, Louis : MM. H. Vincent, Laubry, Loeper, Lhermitte, Bénard, Pagniez, Pasteur Vallery-Radot, Ribadeau-Dumas, Clerc, Trémolières, Dujarric-de-la-Rivière, Touraine, Aubertin, Donzelot, L. Ramond.

Nutrition : Prix Cailleret, Ricaux (diabète), Dr Dragovitch : MM. Roussy, Loeper, Richet, Fabre, Chiray.

Neuro-psychiatrie : Prix Civrieux, Day, Falret, Herpin (de Genève), Dr Dragovitch, Lefèvre, Leveau, Lorquet : MM. Guillain, Laignel-Lavastine, Lhermitte, Roussy, Pasteur Vallery-Radot.

Dermatologie et maladies vénériennes : Prix Fondation Anonyme, Ricord, Roussilhe : MM. Gougerot, Touraine, Sézary, L. Ramond.

Anatomie pathologique : Prix Helme, Mege, Portal, St-Lager : MM. Roussy, Baudouin, Bénard, Loeper, Rouvière, Ramon, Hazard, Verne, Aubertin, Ameuille, Leroux.

Hygiène et maladies contagieuses : Prix Clarens, Fournier, Guillaumet, Hadot, A. J. Martin, Vernois : MM. Bezançon, Renault, Dopter, Rist, Brouardel, Laubry, Tanon, Gougerot, Lemaître, Ramon, Lesné, Richet, Polonovski, Urbain, Sézary.

Tuberculose : Prix Audiffred, Boggio, Hadot, Ricaux (Tuberculose), B. Péan : MM. H. Vincent, Bezançon, Levaditi, Rist, Binet, Veau, Lesné, Ribadeau-Dumas, Guérin, Mathieu, Courcoux, Bourguignon, Dujarric-de-la-Rivière, Ameuille.

Cancer : Prix Berraute, Chevillon, Combe, Marmottan, Bruninghaus : MM. Hartmann, Roussy, Lemaître, Polonovski, Levaditi, Ameuille, Leroux.

Chirurgie générale : Prix Godard, Labbé, Laborie, Reboulcau : Section de chirurgie.

Obstétrique et gynécologie : Prix Barthélémy, Jacquemier, Tarnier : MM. Brindeau, Mocquot, Le Lorier.

Spécialités chirurgicales : Prix Meynot, Fayet, Redard : MM. Lemaître, Chevassu, Veau, Rochon-Duvigneaud.

Anatomie et physiologie : Prix Bourceret, Pourat, Sée : MM. Bénard, Rouvière, Champy, Hazard, Dujarric-de-la-Rivière.

Physique et chimie : Prix Apostoli, Buignet, Bordier : MM. Strohl, Bourguignon, Lemierre ; adjoint : M. Renault.

Pharmacie : Prix Demarle, Nativelle : La Section de pharmacie.

Eaux minérales : Prix Capuron, Robin : MM. Lemierre, Loeper, Polonovski, Bertrand, Lesné, Fabre, Harvier, Chiray.

Séance du 25 mars 1947

Rapports. — M. Rist. — Sur une demande en autorisation de vaccins.

M. Fabre. — Sur une demande en autorisation de vaccins.

M. Tanon. — Au nom de la Commission de l'Alcoolisme, à l'unanimité, l'Académie renouvelle le vœu déjà émis, protestant contre l'usage et la mise en vente des apéritifs alcoolisés.

Infection latente et infection inapparente. — M. Edmond Sergent (Alger), comparant les notions de latence et d'inapparence ramène l'infection inapparente à l'infection latente d'emblée ; le mot de latence lui paraît plus compréhensif et avoir un privilège d'ancienneté.

De l'organisation de l'anesthésie en France. — M. Costantini. L'anesthésie est, en France, dans l'immense majorité des cas, demeurée une pratique d'importance secondaire à laquelle il n'est préludé que par une formation purement empirique. L'exemple de l'étranger a montré l'importance qu'il y a à donner à des anesthésistes spécialisés, une formation théorique et pratique vraiment scientifique. Bien des chirurgiens français sont de cet avis ; la pratique de guerre a montré la possibilité de créer de tels spécialistes. L'anesthésie scientifiquement pratiquée est nécessaire à la pratique et au progrès de certaines branches de la chirurgie. Il est donc désirable que l'anesthésie soit enseignée dans les universités et que les hôpitaux possèdent un corps d'anesthésistes spécialisés.

La recherche de l'activité plasmodiale au cours de la prémunition et du paludisme chronique. — M. Henry. (Présentation faite par M. H. Vincent). — En zone endémique surtout existent des cas de paludisme chronique à peu près silencieux et des états de prémunition ; les uns et les autres ont une importance considérable vis-à-vis du terrain et doivent être pris en grande considération pour le diagnostic et le traitement d'états pathologiques à étiologie complexe.

Il est utile en pareil cas de se baser sur des signes cliniques parmi lesquels une hypotension, d'origine surrénale, a une particulière importance, sur des signes urinaires, en particulier la présence d'urobiline et d'éléments biliaires et sur l'examen hématologique (mélanofloculation, étude des albumines du sang, réaction de Takata-Ara, recherche de la bilirubinémie, mesure de l'azotémie et de la cholestérinémie, de la glycémie, formule hématologique). Il sera ainsi possible chez l'ancien paludéen de traiter efficacement et simultanément paludisme ancien et maladie associée.

Sur la spécificité de la tuberculine des bacilles tuberculeux aviaires. — M. Boquet. — La tuberculine des bacilles aviaires et celle des bacilles des mammifères ont des groupements antigéniques communs et des groupements antigéniques spécifiques associés.

L'enregistrement photométrique du mode d'action des antibiotiques. — M. Bonet-Maury. — L'enregistrement photométrique fournit des courbes caractéristiques pour chaque antibiotique et montre pour les sulfamides une action bactério-frénatrice simple sans bactéricidie ni lyse. La pénicilline manifeste une activité très complexe (bactéricide, bactériostatique, lytique et frénatrice) mais provoquant l'arrêt rapide de la croissance et la lyse importante des germes, même à dose très faible. L'association pénicilline-dagénan est synergique. La streptomycine demande des concentrations d'antibiotiques beaucoup plus élevées que la pénicilline pour provoquer l'arrêt de la multiplication.

Election de quatre Correspondants étrangers dans la IIe Division (Chirurgie). — Sont élus Correspondants étrangers : Sir Webb Johnson (de Londres), MM. Brouha (de Liége), Wildes Benfield (de New-York) et Allan Wipple de New-York).

Election de six Correspondants nationaux dans la IVe Division (Sciences biologiques). — Sont élus Correspondants nationaux : MM. Louis Hédon (Montpellier), Lucien (de Nancy), Fabre et Boulenger (de Lille), Weber (de Genève), Wintemberger (de Strasbourg).

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 26 mars 1947

A propos de la gastrectomie totale. — M. Cadenat.

A propos des ulcérations linéaires après anastomose gastrojejunale. — M. Chabrut a observé chez un malade opéré de gastrectomie pour ulcère haut situé de la petite courbure, trois ulcérations linéaires occupant la muqueuse jéjunale au-dessous de la bouche anastomotique. Les ulcérations siègent au voisinage du bord mésentérique mais très à distance de la suture gastro-jéjunale.

L'action des fils non résorbables dans la genèse des ulcères peptiques. — M. Rouhier.

Sur le traitement du mégacôlon. — M. d'Allaines a fait une colectomie totale en deux temps avec un bon résultat datant de deux ans. Le second cas opéré depuis quatre semaines paraît devoir évoluer favorablement. M. d'Allaines fait dans le premier temps une anastomose de l'iléon dans le rectum. Il déconseille la colectomie partielle dans les cas où l'on constate une tendance à l'extension de la dilatation colique.

Hypoglycémie par hyperplasie langerhansienne. Pancréatectomie de réduction. — M. Laine. — M. Brocq rapporte cette observation dans laquelle le malade reste guéri depuis deux ans.

L'examen histologique de la pièce montre une augmentation considérable du nombre des îlots de Langerhans qui sont modifiés également dans leur forme et leur topographie.

M. Brocq discute la pathogénie de ces hypoglycémies organiques qu'il oppose aux hypoglycémies fonctionnelles.

A propos du traitement chirurgical de l'échinococcose diffuse des os du bassin. — MM. Oulié et Grasset en apportent trois observations ; seul le premier malade a pu être opéré avec succès par désarticulation interilio-abdominale. Les auteurs discutent l'opportunité de l'intervention chirurgicale qui est justifiée par la gravité de l'évolution spontanée.

Présentation de radiographies. — M. Sicard. — A propos des inconvénients des injections intrarachidiennes de lipiodol.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 février 1947

Incidents de la pénicillothérapie. Abcès froid tuberculeux au point d'injection. Méningite tuberculeuse après guérison d'une méningite méningococcique. — M. Boquien (de Nantes) apporte des faits qui peuvent être rapprochés de ceux communiqués par MM. Mollaret et Reilly. Par leur gravité, car il y a eu un décès, ils montrent la nécessité de prendre les plus grandes précautions au cours des traitements par la pénicilline : examen du personnel traitant, instruments stérilisés au Poupinel et strictement individuels.

Les résultats de l'emploi de l'aminothiazol dans 15 cas d'hyperthyréose suivis depuis dix-huit mois. — MM. Albeaux-Fernet et Deribreux. — Dans 15 cas d'hyperthyréose, les auteurs ont employé l'aminothiazol, pendant 18 mois, aux doses de 0 gr. 30 par jour. Amélioration constante, sans incidents graves, se produisant par paliers : subjective dès le quatrième jour, ob-

jective à partir du huitième jour, métabolique enfin vers le vingtième jour. Alors que la reprise du poids va de pair avec la diminution du métabolisme basal, le taux du cholestérol sanguin et des plus variables. La durée du traitement, enfin, est impossible à préciser.

M. Perrault confirme ces bons résultats. Il estime d'autre part que la thiourée est plus toxique que l'aminothiazol.

M. Dérot pense que les deux sont à peu près également tolérés.

M. Lenègre et Mme Bertrand-Fontaine ont observé quelques incidents.

Lésions de la tuberculose miliaire expérimentale. — M. Nicaud.

Etude clinique et histologique des résultats obtenus par les implants d'hormone mâle. — MM. Albeaux-Fernet et Jelinet, Mme Cabaut. — Trois sujets atteint d'hyposandrogénie à des degrés divers ont été remarquablement améliorés par des implants d'hormones mâles.

Syphilis pénicillino-résistante. — MM. Pasteur Vallery-Radot, Milliez et Michel Rathery. — Observation d'une femme de 22 ans ayant présenté une syphilis secondaire et chez laquelle est apparue une efflorescence cutanée roséolique, malgré le traitement classique actuel de la syphilis par 2.400.000 U. de pénicilline et 15 injections de bismuth. Les réactions humorales sont restées positives, un ictère franc apparaît quatre jours après la sortie de l'hôpital. La pénicilline est continuée, l'ictère s'atténue. Les réactions restent positives.

Une discussion à laquelle prennent part MM. Hillemand, Merklen, Lenègre, Degos, Cattan, Milliez montre qu'il ne faut peut-être pas abandonner le traitement par le mercure et l'arsenic pour s'en tenir uniquement à la pénicilline et au bismuth.

M. Merklen souligne la recrudescence des syphilis primaires masculines aux consultations du soir, en rapport avec une surveillance moindre des éléments contaminateurs. Il estime qu'il ne faut pas abandonner le traitement arsenical.

CONGRÈS

Etats généraux du Thermalisme et du Climatisme

Les Etats généraux du Thermalisme et du Climatisme, organisés par la Fédération Thermale et Climatique Française, se sont réunis les 13, 14, et 15 mars courant, à Paris, salle des Ingénieurs Civils.

La séance d'inauguration de cette manifestation a été présidée par M. Marrane, ministre de la Santé publique, entouré de M. Ingrand, commissaire général du Tourisme ; de M. le Dr Flurin, président de la Fédération et des présidents des groupements divers qui concourent à l'activité des Stations (Municipalités, Etablissements thermaux, Hôtellerie, Casinos, Syndicats d'initiative).

Dans la nombreuse assistance se trouvaient les personnalités les plus marquantes du Thermo-Climatisme : membres de l'Académie de Médecine, de l'Institut d'Hydrologie, de la Société d'Hydrologie, professeurs d'hydrologie des Facultés de Médecine, maires des Stations, administrateurs des Compagnies thermales, présidents des chambres d'Industrie thermale, présidents des Syndicats d'initiative,, etc. et d'un grand nombre d'exploitants thermaux et climatiques.

Après un brillant exposé de M. le Professeur Justin-Besançon sur la situation présente du Thermo-Climatisme, aussi bien en France qu'à l'étranger, les séances de travail se sont déroulées devant un auditoire attentif et ont traité notamment les problèmes suivants :

1° L'organisation du Thermalisme et du Climatisme ;
2° Le Thermo-Climatisme en face de la Santé ;
3° Le Thermo-Climatisme en face de l'Economie nationale ;
4° Le Thermo-Climatisme en face du Problème social ;
5° Le Thermo-Climatisme en face de la Propagande.

La séance de clôture devait être présidée par M. Jules Moch, ministre des Travaux publics et du Tourisme. Au dernier moment, celui-ci, empêché par les obligations de sa charge, s'était fait représenter par M. Bertaud, son directeur de cabinet.

Les vœux des Etats généraux du Thermalisme et du Climatisme

Les questions étudiées ont été rangées dans cinq rubriques principales. Après des discussions intéressantes et animées, un certain nombre de vœux ont été émis, dont la Fédération Thermale et Climatique Française entend poursuivre la réalisation.

Dans le domaine de l'organisation du Thermo-Climatisme, les résolutions votées préconisent la liaison de l'activité privée et de l'activité des pouvoirs publics, une coordination constante de leurs efforts ; *dans le domaine de l'activité privée*, la constitution dans chaque station d'un Comité consultatif local, présidé par le maire et comprenant des représentants de tous les groupements professionnels de la Station, ces représentants appartenant autant que possible à la Chambre d'Industrie thermale ou climatique à *l'échelon régional*, la constitution de *Grandes Fédérations* englobant toutes les stations ; à *l'échelon national*, la *Fédération Thermale et Climatique* constituée par les Fédérations régionales et par les Groupements nationaux divers concourant à la prospérité des stations (médecins, établissements thermaux, eaux minérales, hôtellerie, casinos, municipalités, syndicats d'initiative). *Dans le domaine de l'activité des pouvoirs publics, les Etats généraux ont demandé la constitution auprès de la présidence du Conseil, d'une Commission de coordination générale*, à caractère consultatif, qui grouperait des représentants qualifiés des ministères intéressés au fonctionnement et au développement du Thermo-Climatisme ; *l'organisation de bureaux d'hygiène inter-stations avec directeurs spécialisés*, représentants directs du ministre de la Santé publique, dont le rôle serait d'une part celui des anciens inspecteurs thermaux, d'autre part celui de conseils techniques des municipalités des stations en matière générale, de salubrité publique, d'assainissement ; une liaison entre directeurs des bureaux d'hygiène inter-stations, chambres d'industrie, Comités consultatifs locaux, liaison avec les Services du Tourisme, liaison avec les Services de la Sécurité sociale en vue de développer la propagande et de fixer les modalités d'hébergement et de traitement des bénéficiaires des Assurances sociales.

Dans le domaine du Thermo-Climatisme en face de la Santé, les Etats généraux ont insisté sur la qualité des médecins thermaux, sur la qualité des travaux scientifiques, établissant la valeur thérapeutique des stations, sur la nécessité de développer les recherches par une dotation suffisante de l'Institut d'hydrologie, des chaires d'hydrologie, des laboratoires annexés aux stations, sur l'urgence d'exploiter toutes les sources ayant une valeur thérapeutique reconnue, par l'extension obligatoire de la procédure de déclaration d'intérêt public prévue dans la loi du 14 juillet 1856 ; sur la nécessité de former dans les stations un personnel de choix ; d'organiser et de contrôler la diététique, d'instituer des stations réservées aux enfants déficients, de faire bénéficier d'un séjour prolongé dans les stations climatiques les enfants qui, au moment de la visite « d'incorporation scolaire » auront été reconnus justiciables de ce séjour.

Le Thermo-Climatisme en face de l'Economie nationale amène les Etats Généraux à réclamer des allégements fiscaux en faveur des industries qui concourent à l'activité des stations, l'attribution prioritaire de matériaux contingentés de reconstruction, la stabilité des concessions des Etablissements thermaux et Casinos, des dispositions spéciales pour le ravitaillement, des facilités d'accès dans les stations etc. Les Etats-Généraux s'étonnèrent que le plan Monnet qui, si libéralement promet des milliards à certaines industries, ait omis de mentionner l'aide à apporter aux Etablissements thermaux, aux Casinos, aux Hôtels saisonniers, pour moderniser et compléter leur équipement, alors qu'il fait état des milliards que le Thermo-Climatisme doit rapporter à l'Etat dans une période rapprochée. Ils demandèrent qu'un crédit thermal soit organisé sans délai, soit par la mise en application d'une loi qui, en 1930, avait créé ce crédit, soit par la constitution d'une caisse autonome, alimentée par des prélèvements sur le produit des jeux ou sur le produit de la taxe de séjour.

Dans le domaine du Thermo-Climatisme Social, des résolutions préconisent le développement des centres de triage hydro-climatiques dans les villes de Faculté, l'organisation médico-sociale et la multiplication des colonies de vacances, la prise en charge par la Sécurité Sociale des séquelles d'accidents du travail, la prophylaxie des maladies contagieuses dans les stations d'enfants, l'institution des Centres d'enseignement en dehors des villes, la réorganisation des hôpitaux thermaux qui doivent devenir des centres de soins destinés à recevoir des grands malades, la réglementation sanitaire des stations de cures sanatoriales.

Le Thermo-Climatisme en face de la Propagande donne lieu à des échanges de vues sur la manière d'orienter la propagande, de l'organiser en vue d'un meilleur rendement ; un vœu réclame la constitution près du commissariat général au Tourisme d'une Commission permanente de propagande, comprenant des représentants de la Fédération Thermale et Climatique, des Groupements participant à la vie des Stations, de professionnels de la publicité, pour préparer et coordonner leurs efforts, notamment en matière de propagande à l'étranger, dont le soin incombe avant tout à l'Etat.

Le programme prévu par les organisateurs s'est déroulé sans incidents ; ces Journées de Travail ont marqué l'accord complet de tous ceux qui concourent à la prospérité des Stations hydrominérales et climatiques, prospérité indispensable à notre redressement économique.

CHRONIQUE

Leçon inaugurale du professeur Talbot au Val-de-Grâce

Mardi 18 mars, au Val-de-Grâce, le médecin-colonel TALBOT a pris possession de la Chaire de Chirurgie de Guerre, Appareillage et Orthopédie. La liste présentée, selon la tradition de l'Ecole du Val-de-Grâce, aux yeux de l'auditoire, montrait parmi les titulaires d'antan les plus grands noms de la chirurgie militaire.

Entouré du Corps enseignant du Val-de-Grâce, le nouveau professeur se retrouva dans l'amphithéâtre au milieu d'élèves, d'amis, de maîtres aussi. Le médecin général inspecteur Rouvillois, ancien président de l'Académie de médecine et qui fut titulaire de la chaire ; le médecin général inspecteur Sieur, y étaient les grands anciens ; le médecin général Debenedetti, directeur général du Service de Santé ; le médecin général inspecteur Jame ; les médecins généraux inspecteurs Costedoat, Jausion, Fribourg-Blanc y représentaient l'armée de terre ; le médecin général Clerc l'armée de l'Air ; le médecin général de 1re classe Le Chuiton, l'armée de Mer ; le professeur Leriche et plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Paris le Corps hospitalier parisien.

Une cordiale présentation du nouveau professeur par le médecin général inspecteur HUGONOT, directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, ouvrit la cérémonie.

Le professeur TALBOT, après avoir dit son remerciement, rendit hommage à tous ceux, présents et absents, qui lui furent des maîtres, des conseillers et des guides au cours d'une vie médicale et militaire très remplie et très diverse dont un aperçu plein de vie et de réserve permet cependant d'apprécier la vertu formatrice.

Dans une langue aisée, variée et toujours très pure, ce fut ensuite une esquisse historique vivante de la chaire où il monte et la mise en relief d'une inspiration constante et souple sous les apparences parfois contradictoires qu'elle relie. Le professeur Talbot montra comment à chaque nouvelle guerre les prévisions les plus logiquement établies même à la lumière d'un passé récent doivent être corrigées, mais au fond jamais contredites. Les circonstances militaires, toujours imprévisibles, commandent l'adaptation, non le reniement, et c'est la connaissance des traditions et de leur philosophie profonde que le professeur de chirurgie de guerre doit communiquer à ses auditeurs.

C'est avec un intérêt sans défaillance qu'un auditoire, de par sa composition exigeant, suivit un exposé remarquable par la pureté et l'agrément de la forme et par la solidité de la pensée. Digne continuation de l'enseignement d'autrefois et heureuse promesse pour celui d'aujourd'hui.

R. L.

Comité de l'Empire français (1)

La Commission de médecine et d'hygiène s'est réunie le 25 mars, sous la présidence de M. le professeur Tanon, assisté de M. Gheerbrandt, directeur des affaires générales du comité.

Etaient présents : le Dr Bouet, les professeurs Mollaret et Lavier, les Drs Neveu, Navarre, Montel (de Saïgon), le médecin général inspecteur Lecomte, les médecins généraux Mathis et Muraz, M. Verge, le professeur Monnerot-Dumaine (de Beyrouth), M. Girard, le professeur agrégé Brumpt, le médecin général Ployer.

Le médecin général inspecteur Vaucel, directeur du service de Santé de la France d'outre-mer assistait à la séance.

A propos du procès-verbal de la précédente séance, le médecin général Muraz fait remarquer que ce qu'on appelle le malaise des médecins coloniaux se traduit, non par une diminution numérique, mais par une diminution en valeur. Des éléments, parmi les meilleurs, sont dégagés des cadres et remplacés, numériquement, par des éléments jeunes qui n'ont évidemment pas l'expérience de leurs anciens. M. Girard partage cette façon de voir.

M. le médecin général inspecteur Lecomte fait observer qu'il en a toujours été ainsi. Pour avoir de bons éléments, il faut les prendre « dans l'œuf » ou on n'en aura pas. C'est l'école de Bordeaux qui donnera les vocations sans lesquelles on ne peut rien faire de bien.

L'intégration des médecins civils venus de l'Ecole nationale de la Santé soulèvera d'autres problèmes. Mais dès maintenant, il faut préciser que ces médecins sont destinés surtout à jouer un rôle administratif et que la place ne manquera pas pour les médecins coloniaux.

Au cours de la discussion, M. Montel apporta de nouveaux renseignements sur la vie médicale actuelle en Indochine.

Depuis le début des troubles, les installations médicales, dispensaires, laboratoires ont été systématiquement détruites par les indigènes. On n'a pas tardé à en voir les conséquences. L'état sanitaire est redevenu ce qu'il était il y a trente ans. Les abcès du foie, inconnus depuis longtemps, ont fait, faute de médicaments, une réapparition impressionnante. Ce qu'on a appelé la maladie des exodes, c'est-à-dire la gale, sévit plus que jamais. M. Montel déclare d'une façon saisissante : « Tout le monde est galeux. »

Le surpeuplement continue, malgré les évacuations. Les réfugiés, à Saïgon, sont littéralement entassés. Le chiffre de la population a décuplé. D'autre part, la vie est devenue fort pénible en raison des difficultés du ravitaillement et de la cherté des vivres. Avec 2.000 piastres par mois (la piastre est à 17 francs), on vit misérablement.

Dans la ville règne une sécurité relative. On continue à entendre des coups de feu et parfois des grenades sont lancées, faisant des morts et des blessés.

Quant à la circulation hors de Saïgon, même au Cambodge, qui est réputé tranquille, même à Dalat, elle n'est possible que sous la protection des autos blindées militaires.

Ces douloureuses constatations ont déjà été faites, il est bon de le répéter et de montrer que la population indigène, comme les colons français, souffre cruellement de l'état actuel d'anarchie.

Depuis la dernière séance, M. le médecin général inspecteur Vaucel a constitué un dossier important. Il apporte d'utiles précisions sur les réformes envisagées au ministère de la France d'outre-mer. Il entretient la Commission du statut des médecins coloniaux dont il vient d'établir les grandes lignes. Il fait connaître l'échelle des nouveaux traitements mis en rapport avec les nécessités actuelles. En 1948, estime le général Vaucel, tout pourra aboutir. Une échelle d'assimilation sera enfin prévue pour les médecins civils intégrés.

La question de l'intégration des médecins militaires dans les stages sera reprise dans son ensemble lors de la très prochaine réunion de la Commission de médecine et d'hygiène.

F. L. S.

(1) Voir « Gaz. Hôp. » n° 3, 18 janvier 1947, p. 46 et n° 9, 1er mars 1947, p. 143.

CONFÉRENCES

UNION FEDERATIVE NATIONALE DES MEDECINS DE RESERVE

Prochaines Conférences

1° A Lyon : Vendredi 25 avril, départ de Paris.

SAMEDI 26 AVRIL. — Dans la matinée, visites de services hospitaliers (indiquer si l'on désire visiter un service médical, chirurgical ou scientifique). Déjeuner libre. Le soir, banquet. Les médecins ne désirant pas assister au banquet trouveront au restaurant universitaire, dans la F. M. un repas correct pour un prix ne dépassant pas 50 fr.

DIMANCHE 27 AVRIL. — Départ par cars pour Annecy. Déjeuner libre. 14 h. 15 : Conférence donnée sous les auspices de M. le docteur Françon, président de la Société des Sciences médicales de Savoie : « L'expédition de Norvège et l'organisation de son service de Santé », par M. le docteur Merklen, d'Aix-les-Bains. Visite libre d'Annecy. — 16 h. : Départ par cars, dîner en cours de route et retour à Lyon pour la nuit.

LUNDI 28 AVRIL : Dans la matinée, visite de l'hôpital Desgenettes. L'après-midi : « Pratique de la réanimation », par M. le médecin colonel Julliard et ses collaborateurs.

Le quart de place (non remboursable) en 1re, 2e ou 3e classe pour les officiers ; en 2e ou 3e classe pour les médecins auxiliaires, est accordé à tout médecin de réserve, membre de l'Association ayant réglé sa cotisation pour 1947, désirant assister aux conférences. Il est indispensable que les

demandes parviennent au bureau de l'U. F. N. M. R. 18 jours avant la date de la conférence, soit avant le lundi 7 avril. Les demandes doivent indiquer lisiblement le nom, les prénoms, l'adresse, le grade, la région militaire du postulant. Faute de tous ces renseignements, la demande ne pourra être acheminée.

Seuls, les médecins de réserve régulièrement inscrits sur les contrôles de la Direction générale du S. S. peuvent bénéficier de cette faveur.

Les ordres de convocation sont adressés directement aux médecins de réserve par la Direction générale du S. S. en même temps qu'une carte de présence à remettre obligatoirement à la sortie des conférences. Un contrôle rigoureux est effectué. Le secrétaire général prie instamment les membres de l'U. F. N. M. R. de se conformer strictement à toutes ces prescriptions. Aucun ordre de convocation ne serait ultérieurement délivré aux médecins n'ayant pas remis leur carte de présence à la secrétaire de l'U. F. N. M. R. ou n'ayant pas retourné leur ordre de convocation à l'U. F. N. M. R. avant la date de la conférence, en cas d'empêchement.

Le bureau de l'U. F. N. M. R. peut se charger de retenir chambres d'hôtel et places de train et de car.

2° à Paris, le samedi 5 juillet.

Bulletins et cotisations : Le bulletin n° 1 de février a été envoyé à tous les sociétaires de 1946. Mais les cinq numéros suivants ne peuvent être adressés qu'aux membres de l'U. F. N. M. R. ayant réglé leur cotisation pour 1947 : 200 francs pour les médecins (membres actifs), 50 francs pour les étudiants (membres stagiaires).

INTERÊTS PROFESSIONNELS

Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins vient d'être saisi d'une lettre de M. le Préfet de police portant à sa connaissance que quelques cas de variole ayant été constatés, les dispositions ont été prises immédiatement pour assurer tant l'isolement des malades que la vaccination des personnes qui ont pu se trouver directement ou indirectement en contact avec ces malades. Bien que ces mesures de prophylaxie aient été prises dès l'apparition des premiers cas et appliquées strictement par tous les services intéressés, l'éventualité d'une extension de la maladie reste toujours possible.

M. le Préfet rappelle aux médecins la loi du 15 février 1902, complétée par celle du 10 février 1903, qui leur fait l'obligation de déclarer sans délai tous les malades atteints de la variole et les invite également à signaler à son service des épidémies, bureau d'Hygiène, 11, rue des Ursins, tous les cas douteux dont le diagnostic ne pourrait être nettement établi.

Le Conseil départemental de l'Ordre attire l'attention des médecins sur l'importance de ce communiqué.

Jules Comby
1853-1947

Le vénéré doyen des médecins des hôpitaux de Paris, Jules Comby, vient de s'éteindre à Paris, à l'âge de 94 ans. Quelques jours après, sa femme, Mme Jules Comby, qui fut son incomparable compagne, le suivait dans la tombe.

Comby était né le 28 avril 1853 dans la Corrèze, à Pompadour, où, fidèlement, il aimait à se rendre lorsque le lui permettaient les nécessités d'une vie professionnelle particulièrement laborieuse. C'est là qu'il repose maintenant, aux côtés de Mme Jules Comby.

Après avoir fait ses études secondaires au lycée de Limoges, il commença sa médecine à Paris. En 1877, il fut reçu à l'internat des hôpitaux dans une promotion fort brillante. Parmi les 38 élus de cette promotion on comptait, en effet : Faisans, Gaucher, Chauffard, Juhel-Rénoy, Arnold Netter, Antoine Béclère, Lucien Galliard, Variot, Desnos, Paul Poirier, Valude...

En 1881, Comby passe sa thèse sur l'« Empyème pulsatile ». Le 1er août 1885 il est nommé médecin des hôpitaux en même temps que Chantemesse. En 1891, enfin, il devient chef de service et peut se consacrer entièrement à la pédiatrie, à Trousseau d'abord, puis aux Enfants-Malades. Parmi ses anciens internes on relève les noms de Bayeux, Frenkel, Léon Bernard, Jean Ferrand, Louis Delherm, Mme Francillon-Lobre, Mlle Debat-Ponsan, Mlle Condat.

A la fin de sa carrière hospitalière, c'est aux Enfants-Malades, où il avait passé près de 25 ans, que vint l'atteindre en 1919 sa retraite et que lui fut conféré l'honorariat.

Comby a été président de la Société de Pédiatrie et de la Société médicale des hôpitaux. Depuis la mort de Marfan il était président de l'Œuvre Grancher. Il était officier de la Légion d'honneur.

***

Jules Comby a été avant tout un clinicien et un très grand clinicien. C'est en clinicien qu'il étudia toutes les maladies de l'enfance et qu'il publia un très grand nombre d'ouvrages maintenant classiques.

Outre sa remarquable direction des ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS, qu'il avait fondées en 1898 et auxquelles il apporta une constante et féconde contribution, on lui doit des travaux très estimés consacrés à la pathologie infantile et particulièrement aux fièvres éruptives. La stomatite érythémateuse pultacée que l'on observe dans la rougeole est un signe que découvrit Comby et qui porte son nom. On connaît bien ses recherches sur le retentissement des oreillons sur les glandes sexuelles, ainsi que ses travaux sur le zona, la maladie de Parrot, le rachitisme, les encéphalites.

Parmi ses ouvrages, il faut citer d'abord le « Traité des maladies de l'Enfance » (Vigot), œuvre magistrale aux multiples éditions, puis un excellent « Formulaire thérapeutique et prophylaxie des maladies des Enfants » ; des volumes sur l'Hygiène des Enfants, l'Alimentation des Enfants, les médicaments chez l'Enfant ; un dictionnaire de l'hygiène des Enfants (Vigot), enfin plusieurs volumes de Consultations (Masson).

Comby était un modeste, dépourvu d'ambition personnelle il ne songeait qu'à ses petits malades auxquels il savait si bien inspirer confiance. C'est pour eux seuls et pour ses élèves qu'il travaillait. Il se dévouait encore aux œuvres confraternelles, aussi fut-il appelé à la présidence du Syndicat des médecins de la Seine et de l'Union des Syndicats médicaux de France, de 1897 à 1899.

Malgré son grand âge, il ne craignait pas, accompagné de sa fille, Mlle le Dr Marie-Thérèse Comby, d'affronter les fatigues des Congrès. Comme dans les Sociétés savantes, il était toujours écouté avec une respectueuse déférence et aussi avec un grand profit pour les auditeurs.

Il alla plusieurs fois dans l'Amérique du Sud, où il comptait beaucoup d'élèves, parmi lesquels des maîtres et où son nom était de ceux qui soutenaient le mieux le prestige médical de la France. Il était docteur « honoris causa » de diverses Universités et d'abord de Montevideo.

Très tristement nous prions ses enfants si cruellement éprouvés de recevoir l'expression de notre bien profonde sympathie.

F. L. S.

Nécrologie

On annonce la mort survenue à Dijon, à l'âge de 73 ans, de M. Henri Vallée, membre de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine et de l'Académie nationale vétérinaire de France. Microbiologiste éminent, Vallée fut directeur de l'École vétérinaire d'Alfort et professeur de bactériologie à la même école. En 1924, Vallée avait été élu membre titulaire de l'Académie de médecine dans la section vétérinaire. Depuis quelques années sa santé l'avait obligé à se fixer à Dijon. Aussi, sur sa demande, il avait été nommé, il y a quelques semaines, membre émérite.

L'Académie des sciences, en 1936, l'avait élu correspondant dans la section d'économie rurale.

— Le Dr Hautant, O.-R.-L. honoraire des hôpitaux de Paris, membre titulaire de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur.

— Le Dr Edward Leyba, chargé d'affaires du Paraguay à Paris.

— On annonce de Rabat la mort de Mme Dubois-Roquebert, femme du Dr Dubois-Roquebert, associé national de l'Académie de chirurgie, chirurgien de S. M. le Sultan du Maroc.

— Le Dr Guy Lacronique, ancien interne prov. des hôpitaux de Paris, mort en service commandé au régiment des sapeurs-pompiers, à l'âge de 26 ans. Il était le fils du Dr Lacronique, stomatologiste des hôpitaux.

— Le Dr S. Hoffmann, à Paris.

— Le Dr Léon Roubaud, à Gagny.

Dépôt légal. — 1947. 2e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.   Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 15. — SAMEDI 12 AVRIL 1947 — 120e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e). Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France .... au lieu de ....375 fr.	356 fr.
Un an : étudiant .... au lieu de..............200 fr.	190 »
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours pour six places de médecin des hôpitaux

Jury : MM. Loeper, Flandin, Kaplan, Merklen, M. P. Weil, Marquézy, Layani, Clément Robert, Janet, Richet, de Brun du Bois-Noir, médecins ; Métivet, chirurgien.

Concours de l'internat en m ine

Internat spécial : ma

Jury : MM. Boudin, médecin ; Monbrun, ophtalmologiste ; Robey, gynécologue-accoucheur ; Laurence, Petit, chirurgiens ; Lamy, Ameuille, Richet, médecins ; Gosset, Sauvage, Fey, chirurgiens.

Hôpitaux psychiatriques de la Seine et groupe hospitalier Paul-Brousse

Un concours pour le recrutement d'internes titulaires en pharmacie s'ouvrira le 25 avril 1947.

Inscriptions à la Préfecture de la Seine, 2, rue Lobau, escalier A, 1er étage, porte 150, tous les jours, dimanches et fêtes et samedis après-midis exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 27 mars au 10 avril 1947.

Hôpital de Courbevoie (Seine)

Un concours sur titres et sur épreuves sera ouvert dans la deuxième quinzaine de juin 1947 pour un poste de gynécologue-accoucheur à l'hôpital de Courbevoie.

Pour tous renseignements et pour les inscriptions, s'adresser à la préfecture de la Seine, direction départementale de la Santé, 1, avenue Victoria (4e). Clôture des inscriptions : 2 juin 1947. Entrée en fonctions : 1er juillet 1947.

Nota. — Sont seuls admis à prendre part à ce concours les candidats bénéficiaires des dispositions des arrêtés ministériels des 7 décembre 1945 et 11 mars 1946, dont les candidatures auront été retenues par la Commission nationale de vérification des titres. Il est prévu, toutefois, que si cette Commission ne retenait qu'une candidature ou bien que le jury du concours spécial proposait de ne classer aucun candidat en raison de l'insuffisance des épreuves, il serait ouvert peu après un concours normal. Date du concours spécial : 19 juin 1947 et, éventuellement, date du concours normal : 26 juin 1947.

Facultés de province

Bordeaux. — La chaire d'électroradiologie et clinique d'électricité médicale a été déclarée vacante. (J. O., 4 avril 1947.)

Médaille de la Résistance française. GUERRE

MÉDAILLE (avec rosette). — MM. les Drs Aboulker (A. M.), méd. com., Godorich et Rosencher.

MÉDAILLE. — Méd. cap. Mattei et Rosanof, méd. lieut. Rohmer (Albert-Joseph), Dr Rohmer (Francis-Camille), méd. lieut. Roveanu (à titre posthume), méd. comm. Denis, Gros (Régis) et Schmid, méd. cap. Regnier, méd. comm. Bataillh, méd. cap. Gillot, Mme le Dr Don Zimmet, méd. com. J. Chabannes, méd. cap. Ménage, Vanhems, Lathuraz-Viollet, méd. lieut. E. Aron, Ph. Chauvin, J. le Duc, A. Loupie, R. Maugenest, A. Jannin, Drs G.-M. Baudry, R. Duphin, J. Garnal, Ch. Katz, J. Léger, MM. Morin, J.-J.-P. Paulin, D. Poliak, méd. cap. Dermer, Marcel Hutin, méd. lieut. Suttel, méd. comm. Elmelick, méd. lieut. J. Benech et P.-R. Seta, méd. cap. M. Bouvier, Dr Roger Maire, méd. lieut.-col. A. Metzger, méd. cap. M.-P.-M. Robin, méd. comm. Domairon et Bouillat, méd. cap. Temime, méd. comm. H. Lacombe, méd. cap. de Lostalot de Bachoue, méd. en chef Pélerin, Dr Pierre Janaud, méd. lieut.-col. Pieracci, méd. cap. Benazet, Dr Debidour, méd. lieut. Victor Lévy (à titre posthume), Dr J.-L. Payerne, méd. lieut. Aronovicz, Dr Jacques Risler, méd. cap. Dick Dieckmann et Marion-Gallois, méd. comm. J.-M. Lhoste (à titre posthume), méd. lieut. V. Lafitte et A. Zwillinger, Dr G.-S.-E. Babou, Dr M. Freyche, Dr P. Michel-Marguerit, méd. lieut. Robert Bloch, méd. lieut.-col. Georges Pons (France d'Outremer).

(J. O., 27 mars 1947.)

Travail

Sécurité sociale. — Le J. O. du 25 mars 1947 publie un arrêté du 17 mars portant statut des médecins conseils et des chirurgiens dentistes conseils de la Sécurité sociale.

Santé publique

Concours du personnel médical des hôpitaux et hospices publics. — Par arrêté du 20 mars 1947 publié dans le J. O. du 28 mars, le jury des concours pour le recrutement des chirurgiens-dentistes des hôpitaux et hospices publics est ainsi complété : 1° un médecin des hôpitaux ; 2° un chirurgien des hôpitaux.

Avis de concours

Il est ouvert un concours pour le recrutement de médecins du cadre général des hôpitaux psychiatriques. Les épreuves commenceront à Paris le lundi 19 mai 1947.

Un arrêté en date du 31 mars fixe à huit le nombre des places mises au concours.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 19 avril 1947 dernier délai.

Pour tous renseignements s'adresser au ministère de la Santé publique et de la

Population (direction de l'administration générale du personnel et du budget, 3e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Dispensaires antivénériens de Seine-et-Oise

Un concours sur titres est ouvert à la Direction départementale de la Santé de Seine-et-Oise. Ce concours est destiné à pourvoir les postes de médecins des dispensaires antivénériens départementaux d'Arpajon, Aulnay-sous-Bois, Dourdan et Orsay, ainsi que le service antivénérien du camp de détenus de Beauregard (près de Versailles).

Les candidats devront adresser avant le 30 juin 1947 l'exposé de leurs titres en 10 exemplaires à la Direction de la Santé, 25, boulevard du Roi, à Versailles, qui les transmettra au ministère de la Santé publique.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction départementale de la Santé, 25, boulevard du Roi, à Versailles.

Dispensaires antituberculeux

Un concours sur titres pour le recrutement d'un médecin fonctionnaire à temps complet des dispensaires antituberculeux de la Haute-Marne sera organisé à la Direction départementale de la Santé et de l'Assistance de la Haute-Marne, à Chaumont, au cours de la deuxième quinzaine d'avril 1947.

Clôture des inscriptions le 31 mars 1947.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur départemental de la Santé de la Haute-Marne, 17, rue Toupot-de-Béveaux, à Chaumont.

Nogent-le-Rotrou. — Concours sur titres pour le recrutement d'un médecin à l'hôpital de Nogent-le-Rotrou, ouvert le 15 mai 1947, à Chartres. Inscription jusqu'au 30 avril 1947. Renseignements : direction de la Santé, 6, rue de Beauvais, à Chartres.

Indre-et-Loire. — Sont déclarés vacants les postes de chirurgiens des hôpitaux des hôpitaux suivants du département d'Indre-et-Loire :

Hôpital de Chinon, hôpital d'Amboise, hôpital de Château-Renault.

Concours sur titres ouverts dans la deuxième quinzaine du mois de juin. Renseignements et inscriptions avant le 9 juin à la direction départementale de la Santé, 161, rue d'Entraigues, à Tours.

Sont déclarés vacants les postes suivants :

Blois. — Hôtel-Dieu : un médecin adjoint, un chirurgien adjoint. — Hospice : un médecin adjoint.

Vendome. — Hôpital : un médecin adjoint, un chirurgien, un dentiste.

Montoire. — Hôpital : un médecin adjoint, du service de médecine ; un médecin adjoint, du service de la maternité ; un oto-rhino-laryngologiste.

Romorantin. — Hôpital : un médecin chef, un médecin adjoint.

Les concours auront lieu sur épreuves pour les postes de l'Hôtel-Dieu et de l'Hospice de Blois. Sur titres, pour Vendôme, Montoire et Romorantin. Les épreuves auront lieu à l'Ecole de médecine de Tours dans la deuxième quinzaine du mois de juin.

Renseignements complémentaires auprès du Directeur départemental de la Santé, 12, rue Augustin-Thierry, à Blois.

Education nationale

Education sexuelle. — Il est créé un Comité chargé d'étudier dans quelle mesure et sous quelle forme l'éducation sexuelle peut être donnée dans les établissements d'enseignement. Sont nommés membres de ce Comité : Mme Jeanne Lévy, professeur à la Faculté de Médecine, le Dr Heuyer, médecin des hôpitaux et M. le Dr A. Beyé. (J. O., 28 mars 1947.)

Hygiène scolaire et universitaire

M. le Dr Bardin et Mme le Dr Blanchet, médecins inspecteurs régionaux stagiaires de l'hygiène scolaire et universitaire, sont titularisés dans leurs fonctions.

Ve Congrès international de pédiatrie

Il se tiendra à New-York du 14 au 17 juillet 1947.

Les sujets principaux sont : 1° Maladies causées par les virus filtrables ; 2° Agents chimiques thérapeutiques dans la prophylaxie des maladies infectieuses.

Sujets secondaires : 1° Mortalité du nouveau-né ; 2° Incompatibilités sanguines, réactions aux transfusions ; érythroblastose fœtale ; 3° Toxicose alimentaire ; échanges hydriques et minéraux dans la diarrhée ; 4° Méthodes bio-immunologiques ; 5° Maladies congénitales du cœur ; 6° Fièvre rhumatismale.

Réunions de sections tenues simultanément : 1° Facteurs de la gestation affectant l'enfant ; 2° L'avenir de la pédiatrie préventive ; 3° Besoins vitaminiques et avitaminoses ; 4° Nutrition ; 5° Prophylaxie des infections d'origine aérienne ; 6° Tuberculose ; 7° Endocrinologie infantile ; 8° Insectes et autres vecteurs dans les maladies infectieuses ; méthodes préventives.

Après le Congrès, des visites seront organisées aux Institutions de New-York et un voyage à Boston et à Washington, avec présentation de travaux scientifiques et visites d'intérêt médical.

Renseignements scientifiques : Dr Robert Clément, 205, fg Saint-Honoré, Paris (8e).

Renseignements pratiques : The American Express Company, 11, rue Scribe, Paris (9e).

L'Association d'Etudes physio-pathologiques du Foie et de la Nutrition tiendra sa première session annuelle à Vichy, les 7 et 8 juin prochain, sous la présidence du professeur Cornil.

Sujets mis à l'ordre du jour : Le rôle du foie dans l'équilibre acide-base. — Les vomissements acétonémiques chez l'enfant.

Secrétariat administratif : 32, avenue du Président-Wilson, Paris (16e).

Un Bureau permanent des Congrès internationaux. — L'Association médicale mondiale étudie, sous le patronage de l'U.N.E.S.C.O. la création d'un bureau permanent pour encourager et développer les congrès de médecine.

Pour la réadaptation de l'enfant

L'Assemblée générale annuelle de l'Œuvre de la réadaptation de l'enfant et des centres sociaux de rééducation Gérard de Parel a eu lieu le 27 mars 1947, au siège de l'Œuvre, 13, rue de l'Ancienne-Comédie, sous la présidence de M. Raymond-Laurent, député de la Manche, membre et ancien président du Conseil municipal de Paris, assisté du Dr de Parrel, président de l'Œuvre, du comte André de Fels et de M. J. Franceschini, vice-président.

Après adoption du rapport moral et du rapport financier, Mme Louise Matha de Parrel, directrice générale, a présenté son rapport technique sur les activités des centres sociaux de rééducation au cours de l'année 1946.

M. Raymond-Laurent a exprimé à Mme Matha de Perrel, au Dr de Parrel et à tout le personnel des centres sociaux de rééducation, ses sentiments de gratitude et d'admiration pour l'effort social et humain si fécond déployé avec des moyens matériels si réduits.

Paradentologie est une nouvelle revue scientifique éditée en Suisse par l'A.R.P.A. internationale (Association pour les recherches sur les paradentopathies). Le comité de rédaction est composé de MM. les Drs Charles Beyeler (Berne), le professeur Arthur J. Held (Genève), le professeur Walther Hess (Zurich), les Drs René Jaccard et Ulysse Vauthier (Genève).

L'administration est dirigée par le Dr Charles Guighard, 4, place Neuve, à Genève.

Le n° 1 paru en février 1947 publie notamment un travail du Dr Parma (Prague) sur « Paradentosis diabetica » (en anglais) ; un travail d'Oscar Müller (Bâle) : « Uber die marginale Entzündung » (en allemand); une étude à propos des réactions du paradentium de dents schématiques soumises à des pressions fonctionnelles, par Peter Adler (de Debreczin, Hongrie) (en français. Notons que chaque travail est suivi d'un résumé en français.

COURS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Cours complémentaire sur la nutrition

(2 juin-14 juin 1947)

Sous la direction des professeurs Guy Laroche, Charles Richet, L. Justin-Besançon et Raoul Boulin, un cours complémentaire sur les actualités pratiques, cliniques et thérapeutiques dans le domaine de la Nutrition, aura lieu du 2 au 14 juin prochain.

Ce cours est public et gratuit. Il est destiné essentiellement aux médecins praticiens, aux médecins étrangers et aux étudiants en fin d'études désireux de se spécialiser.

Pour en faciliter l'accès, les leçons ont été placées dans la matinée et dans la soirée (20 h. 45 et 21 h. 30).

Le cours comprend 30 leçons de 45 minutes.

Les assistants pourront, de plus, s'inscrire en nombre limité :

1° Pour suivre, dans les services, des présentations de malades et des démonstrations de laboratoire ;

2° Pour participer à un voyage d'études médicales à Vichy, à l'occasion de la réunion annuelle de la Société d'Etudes physio-pathologiques des maladies du foie et de la nutrition (7-9 juin 1947). Ce voyage se fera dans des conditions particulièrement avantageuses, qui seront ultérieurement portées à la connaissance des intéressés. Un certain nombre de places seront réservées aux internes des hôpitaux de Paris.

La première partie du cours aura lieu à l'hôpital de la Pitié et la deuxième partie à l'hôpital Bichat.

Nous en publierons ultérieurement le programme.

Naissances

Le Dr Delherm, médecin électro-radiologiste honoraire des hôpitaux, président du Syndicat national des médecins électro-radiologistes qualifiés et Mme Delherm, font part de la naissance de leur petite nièce Edith-Louise Didot. Philadelphie (U. S. A.)

Le docteur L. Labenne, à Saint-Laurent-Blangy (Pas-de-Calais) a la joie d'annoncer la naissance de sa fille Françoise, née le 5 mars 1947.

On annonce la naissance d'Anne-Marie Gay, seconde fille du Dr J. Gay, à Excideuil (Dordogne).


UN HYPNOTIQUE DOUX
DE TOLÉRANCE PARFAITE
DESTINÉ AUX
INSOMNIQUES ET AUX ANXIEUX
Sonéryl
butyl-éthyl-malonylurée
INSOMNIE causée par la douleur
INSOMNIE des vieillards
COMPRIMÉS A 0GR10 - TUBES DE 20 COMPRIMÉS
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, rue Jean Goujon - PARIS 8me


BILKA
comprimés
BILKONES
suppositoires
Vitamine K
Sels biliaires
Prophylaxie et traitement des
Hémorragies
2 à 10 Bilka ou
1 à 4 Bilkônes
par jour
LABORATOIRES A. BAILLY
• SPEAB •
15 RUE DE ROME - PARIS 8e
101

L'artériographie est-elle dangereuse ?

par M. Servelle

Quand on parcourt les comptes rendus de l'Académie de chirurgie de l'année 1935, on serait tenté de répondre par l'affirmative à la question que nous posons ici. On y trouve en effet des accidents mortels, des amputations de membres, des aggravations de gangrène. Dos Santos, puis mon Maître Leriche avaient, dès cette époque, attiré l'attention sur le danger des injections des corps iodés dans les artères et sur la tolérance du thorotrast. Je me serais gardé de revenir sur cette discussion si une nouvelle communication de MM. Bazy, Blondin et Reboul, tout récemment à l'Académie de Chirurgie, ne venait de rouvrir le débat.

Avant de faire état de mon expérience de la radiographie des artères, des veines et des lymphatiques, il me paraît utile pour juger une méthode de voir dans quelles circonstances ont été obtenus les accidents auxquels nous venons de faire allusion.

Dans le cas rapporté par le professeur Leveuf chez un enfant de 10 ans atteint de syndrome de Volkman, Racine et Reboul avaient fait dans la même séance trois injections de Ténébryl à 45 %. Il se produisit une réaction vaso-motrice particulièrement intense et huit jours après il fallut désarticuler l'épaule.

Dans le cas mortel rapporté par MM. Desplas et Reboul, il avait été injecté 38 cc. de Ténébryl à 45 %, des placards gangréneux étaient apparus et, huit jours plus tard, la malade mourait. Nous éliminerons de la discussion le cas où Reboul et Racine ont injecté le thorotrast à côté de l'artère.

C'est encore avec 20 cc. de Ténébryl qu'est faite l'artériographie que rapportent Sénèque et Bernard dans la même séance : aggravation d'une gangrène localisée à un orteil, amputation, puis mort.

Bazy et Reboul rapportent encore une artériographie du bras avec 12 cc. de Ténébryl à 45 %, qui se termine par une grangrène du bras.

Leclerc, de Dijon, à la séance du 6 avril 1935, rapporte une gangrène après injection de 40 cc. d'urosélectan B.

Robert Monod et Reboul signalent encore à la même séance un autre accident gangréneux après une injection de 25 cc. de Ténébryl à 45 %, qui se termine par une amputation de cuisse. Les auteurs avaient eu le temps de prendre trois artériogrammes à plusieurs secondes d'intervalle et sur le dernier, malgré le moment tardif où il a été pris, on ne distingue qu'un commencement d'injection de la circulation de retour.

A l'occasion de ces accidents, Leriche, puis Wertheimer et Frich, Contiadès et Naulleau insistent sur la bénignité des artériographies au thorotrast.

Pour notre part, nous avons fait, jusqu'à ce jour, un peu plus de 800 artériographies des membres, du cou, de la tête. Nous éliminons de cette discussion les aortographies. Nous avons artériographié un très grand nombre d'artérites des membres inférieurs de 20 à 80 ans. Nous avons également radiographié de nombreux anévrismes artériels, artério-veineux ou cirsoïdes, des malformations artérielles congénitales, des plaies artérielles, des syndromes de Volkman, des tumeurs cérébrales, des tumeurs des membres. Enfin, nous avons étudié, toujours après injection du système artériel, plus de 50 syndromes de Raynaud des membres supérieurs. Sur plus de 800 artériographies, nous n'avons eu qu'un seul incident et aucun accident sérieux. Le seul incident que nous ayons eu s'est produit l'unique fois où nous avons employé du Per-Abrodil pour artériographier un anévrysme cirsoïde de la main, dans le service de notre maître, le professeur Leriche, à Lyon. Au moment de l'injection, la main devint d'abord blanche, puis marbrée. La malade accusa une douleur très vive dans la main. On lui fit une infiltration stellaire, de l'acécholine et je dus la veiller et lui refaire, tout un après-midi, la même thérapeutique. Ce n'est que cinq à six heures après la radiographie que les phénomènes spasmodiques disparurent. Quand on sait que le Per-Abrodil est absolument indolore en intraveineuse (il est même un des meilleurs produits pour la veinographie), on comprend les accidents graves qui ont été enregistrés par ceux qui avaient employé le Ténébryl à 45 %, produit très douloureux en intra-veineuse.

Au début, pour nos artériographies, nous avons employé l'appareil de Dos Santos et le thorotrast. Mais nous avons rapidement abandonné l'appareil de Dos Santos pour deux raisons : la première est surtout une raison d'économie: il faut en effet avec cet appareil 2 ampoules de thorotrast ; la seconde est que, même avec une ponction intra-artérielle correcte, on peut très bien sortir de l'artère au moment où l'on adapte le raccord de l'appareil à l'aiguille. Rien n'indique alors si l'on est toujours dans la lumière artérielle. C'est pour cette raison qu'actuellement, nous faisons toutes nos artériographies à la seringue après dénudation artérielle sous simple anesthésie locale. De cette façon, nous ne faisons plus d'injections péri-artérielles et nous ne manquons plus d'artériographies. Nous avons vu avec plaisir, que notre maître, le professeur Wertheimer, de Lyon, était arrivé aux mêmes conclusions. Je crois, en effet, qu'il faut considérer l'artériographie comme un geste chirurgical plutôt que comme une pratique médicale à mettre entre toutes les mains et à faire n'importe où. C'est une des raisons pour lesquelles nous croyons que l'artériographie est et demeurera une méthode d'examen bénigne. En effet que demande-t-on à l'artériographie ? De préciser le siège et l'étendue d'une oblitération artérielle pour pouvoir la réséquer : d'apprécier en même temps la valeur de la circulation collatérale : de montrer l'existence ou non des branches collatérales dans un sac anévrysmal avant d'intervenir. En somme, nous considérons l'artériographie comme un examen chirurgical à faire avant un traitement chirurgical.

Je ne crois pas en effet qu'il faille faire des artériographies systématiquement de tout un membre. La clinique conserve ses droits. Par exemple, dans une artérite, la palpation des artères aux points classiques et sur tout le trajet artériel, associée à l'oscillométrie, permet de déceler le niveau supérieur de l'oblitération. Et c'est juste au-dessus de ce niveau que, sous anesthésie locale, je dénude l'artère et fais l'injection à la seringue. On peut, par une anse de catgut passée sous l'artère, la couder légèrement et avoir ainsi un cliché plus contrasté. Je crois en effet que nous n'avons pas le droit de faire l'artériographie de tout un membre, pas plus que de demander à un radiologiste de faire un transit gastro-intestinal avec le diagnostic de douleurs abdominales. Nous le répétons : la clinique doit conserver tous ses droits et la facilité d'un examen radiographique ne doit pas conduire à la paresse d'examen.

De cette façon, nous arrivons à faire une artériographie de cuisse avec 8 cc. de produit opaque, une artériographie de main avec 5 cc. seulement.

Il nous faut envisager maintenant la question des solutions de contraste. C'est un point capital pour la méthode. Nous avons vu au début de ce travail les accidents particulièrement redoutables qu'ont amenés les injections intra-artérielles de Ténébryl à 45 %.

Quant à nous, nous avons employé une seule fois le Per-Abrodil et avons eu un incident, qui aurait pu être un accident. Pour toutes nos autres artériographies, nous n'avons employé que deux produits : le *Thorotrast* de Heyden, et le *Vasoselectan*. Nous savons les reproches que l'on fait au thorotrast. Mais nous avons dit les petites doses que nous utilisons. Nous pensons, et beaucoup d'auteurs avec nous, qu'à des doses aussi minimes, le thorotrast est absolument inoffensif. C'est aussi une des raisons pour lesquelles nous préférons notre méthode d'injection après dénudation. Quant au vasosélectan, nous le considérons comme le produit idéal puisqu'il s'élimine complètement par les voies biliaires. C'est un produit qui renferme de l'iode à l'état colloïdal et qui est absolument indolore en injection intra-artérielle. Il donne de très beaux contrastes. Nous n'avons eu ni incident, ni accident avec ce produit. Nous avons fait également un nombre considérable de veinographies. A défaut de Per-Abrodil, nous avons dû, au début, utiliser le Ténébryl soit à 35 %, soit à 45 %. Nous avons abandonné rapidement le Ténébryl pour deux raisons : d'abord il est très douloureux, le malade, même prévenu, arrive difficilement à maintenir le membre inférieur immobile pendant le temps très court où l'on fait les clichés. D'autre part, nous avons eu des thromboses veineuses à l'occasion de ces radiographies. Fort heureusement, le système veineux est plus tolérant que le système artériel et nous n'avons pas eu d'accident. Mais, un fait est certain, quoiqu'en pense et ait écrit Reboul, le Ténébryl détermine des thromboses par voie veineuse. Les radiologistes, qui font des urographies intraveineuses, savent très bien qu'on

voit également des thromboses des veines du bras après injection de Ténébryl. Pour notre part, nous avons dû, par deux fois, réséquer des veines thrombosées, car elles déterminaient des douleurs tenaces et cependant l'injection avait été faite correctement. Fort heureusement, la plupart du temps, ces thromboses chimiques sont bien supportées, mais elles n'en existent pas moins.

Mais alors, comment se fait-il que certains auteurs nous déclarent actuellement : « Nous restons fidèles au Ténébryl car il ne thrombose pas. » L'endothélium artériel est beaucoup plus sensible que l'endothélium veineux et si ces mêmes auteurs ont eu des accidents mortels et des amputations, c'est uniquement parce qu'ils ont utilisé le Ténébryl. On comprend facilement ces accidents quand on voit dans les observations auxquelles nous faisons allusion plus haut, que les auteurs ont fait, dans la même séance, jusqu'à trois injections de Ténébryl à 45 %. Qu'on ne nous dise pas que c'est une question de pression, de vitesse d'injection. Aussi bien avec l'appareil de Dos Santos qu'à la seringue, j'ai fait les injections sous des pressions variées et je n'ai jamais eu de phlyctène ni de sphacèle cutanés. Je suis également surpris de voir Reboul écrire qu'à l'occasion d'une artériographie pour un syndrome de Raynaud avec du Ténébryl à 45 %, le premier cliché est pris huit secondes après le début de l'injection et le second huit secondes après le premier. Sur le deuxième cliché, le Ténébryl est encore dans les artères. Avec les deux produits indolores que nous employons, nous n'avons jamais vu une persistance aussi longue du produit de contraste dans les artères. Nous faisons le cliché en fin d'injection et très souvent, nous avons déjà en même temps, une injection du système veineux. Deux à trois secondes plus tard, il n'y a plus de produit opaque dans l'artère. Il faut donc admettre que le Ténébryl, non seulement détermine des douleurs très marquées, mais aussi des phénomènes spasmodiques tels que le produit opaque est bloqué dans le système artériel. Ces phénomènes spasmodiques ne sont pas toujours réversibles, et c'est là la source des accidents.

Je viens d'opérer récemment un de ces accidents d'artériographie à Saint-Antoine. Mon maître Bergeret me confie un malade d'une soixantaine d'années, accusant une claudication intermittente typique. Cliniquement, par la palpation des artères, et l'oscillométrie, je fais le diagnostic d'oblitération poplitée bilatérale, et ne pensant pas faire d'artériectomie poplitée, je ne fais pas d'artériographie. Le malade repart en province avant de rentrer à l'hôpital. Un radiologiste qui fait alors une artériographie au Ténébryl. Les douleurs sont telles que le malade fait une syncope. Les douleurs persistent dans les jours suivants, et le malade revient à Paris plus tôt qu'il ne le pensait. De fait, sa fémorale ne bat plus. Je lui fais une sympathectomie lombaire et résèque sa fémorale qui renferme une thrombose récente.

Aussi, nous basant sur notre propre expérience, nous pouvons conclure en disant que l'artériographie est une méthode d'examen inoffensive. Mais il reste bien entendu que l'injection doit d'abord être faite dans l'artère. Et surtout tous les produits opaques ne sont pas également supportés par voie intra-artérielle. Des accidents sérieux ont été obtenus par les corps iodés employés pour l'urographie. Nous avons eu un incident sérieux qui aurait pu dégénérer en accident par l'injection de Per-Abrodil, substance absolument indolore, par voie intra-veineuse. Nous n'avons eu aucun incident ni accident sur plus de 800 cas soit avec le thorotrast utilisé à petite dose (au-dessous de 10 cc.) grâce à la dénudation artérielle et à l'injection à la seringue, soit avec le vasosélectan qui représente la substance idéale pour l'artériographie puisqu'il s'élimine complètement de l'organisme.

(Travail du Service du Dr Bergeret)
Hôpital Saint-Antoine.

Effet de la vagotomie sur la sécrétion gastrique

Par R. Dieulafé
(de Toulouse)

La nouvelle découverte de l'Amérique depuis notre libération nous a fait connaître des techniques inaccoutumées.

Certaines pourtant furent conçues en Europe puis délaissées après des essais peu démonstratifs parce que peut-être insuffisamment répétés. C'est le cas de la section bilatérale des vagues près de leur terminaison.

Exner en 1911, Bacher en 1920, Wertheimer en 1922, Giordano en 1922, Piéri en 1928, avaient proposé et mis au point des techniques destinées à supprimer les nerfs de l'estomac. La technique de Piéri pour la section sous-diaphragmatique des deux pneumogastriques est parfaitement réglée.

Ses figures montrent clairement la façon d'aborder l'œsophage abdominal sous le diaphragme, de rechercher et sectionner sur sa face antérieure les minces filets nerveux qui représentent le pneumogastrique gauche, d'écarter le bord droit de l'œsophage et trouver derrière lui le petit tronc qu'est le pneumogastrique droit.

Mais tous ces chirurgiens ne firent qu'un nombre assez limité de ces interventions.

C'est pourquoi les travaux américains et en particulier l'abondant apport d'observations de Dragstedt (de Chicago) permettent d'étudier avec fruit les résultats de cette opération. De plus les chirurgiens américains ont complété par des recherches expérimentales leurs essais cliniques.

Dans ce court exposé nous voulons essayer de faire le point de ces résultats vis-à-vis des fonctions et des troubles pathologiques de l'estomac. Le pneumogastrique paraît être pour l'estomac un nerf secrétoire, moteur et sensitif.

Effets de la vagotomie sur la sécrétion gastrique. — Les physiologistes ont depuis longtemps montré le rôle du vague dans la sécrétion dite psychique de l'estomac (Bidder et Schmidt 1852, Ch. Richet 1878) ; ce fait a été une des bases essentielles des recherches de Pawlow, sur les réflexes conditionnels. Le suc psychique a une grande importance vis-à-vis des actes chimiques de la digestion ; sécrété en quantité importante, il a une grande puissance digestive. L'action du suc psychique dure environ deux heures et se poursuit ensuite indirectement en produisant avec les aliments des substances qui excitent chimiquement la sécrétion gastrique.

Indépendamment des influences psychiques, toutes les excitations nerveuses retentissent sur la sécrétion. De plus Careson (1923), contrairement à l'idée de Beaumont et de Pawlow qui pensaient qu'en l'absence d'excitants les glandes gastriques étaient quiescentes, a constaté l'existence normale d'une sécrétion continue même dans un état de jeûne prolongé et pendant la nuit.

D'après Thornton, Storer et Dragsted, la sécrétion continue, que nous pourrions appeler spontanée, est accrue chez les ulcéreux. Elle paraît être nerveuse, due à un tonus sécrétoire persistant dans les vagues, mais à ce facteur s'ajoute peut-être la production de secrétagogues par l'autodigestion du suc gastrique ou la production endogène de substances histaminiques.

Mac Carthy a fait une série d'expériences qui lui ont permis d'obtenir une anacidité complète en combinant à la vagotomie bilatérale la résection partielle de l'estomac (région du pylore). Bien qu'il attribue le rôle du pylore à un mécanisme nerveux plutôt qu'hormonal, il ne nous paraît pas possible de nous appuyer sur ces expériences pour démontrer l'action de la vagotomie sur l'anachlorhydrie.

Par contre, de nombreux faits, expérimentaux ou cliniques ont permis à Keith Grimson, Francis Moore, Geza de Takats de constater après vagotomie une réduction du volume de la sécrétion nocturne, et une diminution importante ou même complète de l'acidité gastrique.

Dragstedt a réalisé chez le chien l'exclusion de l'estomac en sectionnant et en oblitérant cardia et pylore, rétablissant le transit par œsophago-jéjunostomie.

Une canule en or permet de recueillir le suc gastrique. Les connexions vasculaires et vagales sont conservées. Si on sectionne les pneumogastriques, ont voit la sécrétion réduite de moitié ou des trois quarts et l'acidité libre passe de 0,35 à 0,11.

Les résultats obtenus par Thornton, Storer et Dragstedt sur des ulcéreux traités par vagotomie leur permettent d'établir les conclusions suivantes : la section complète des vagues chez l'homme abolit la sécrétion du suc gastrique produit par un repas fictif ou par l'hypoglycémie insulinique, mais n'a presque pas d'effet sur la réponse à l'histamine ou à la caféine. Certaines de ces épreuves peu ou pas pratiquées en France méritent quelques explications. Le repas fictif n'est pas notre repas d'épreuve,

mais une mastication d'aliments qui sont rejetés sans être avalés. Le test à l'insuline de Hollander (1944) s'appuie sur le fait que l'hypoglycémie déterminée par une dose appropriée d'insuline stimule les fibres sécrétoires gastriques du vague probablement par un effet sur le système nerveux central. L'injection de 20 unités d'insuline chez un adulte normal produit une chute de la glycémie (à 40 mmgs au moins) et en 30 minutes à une heure une augmentation marquée de la rate et une acidité de la sécrétion gastrique à jeun.

Dragstedt considère comme tellement constante cette réaction qu'il fait de l'absence de réponse sécrétoire au repas fictif ou à l'hypoglycémie un test d'une vagotomie complète.

Nous résumons en un tableau les résultats de Thornton, Storer et Dragstedt obtenus chez les ulcéreux gastro-duodénaux.

cations du transit intestinal au lieu de se faire dans le sens de la paralysie, comme on pourrait le craindre, se sont au contraire traduites par de l'hyperpéristaltisme et par la suppression d'une constipation qui, avant l'opération, préoccupait les malades.

Ceci est en accord avec les crises diarrhéiques que présentent deux de mes opérés.

Effet de la vagotomie sur la maladie ulcéreuse. — A priori, la vagotomie supprimant la sécrétion dite psychique et ne modifiant pas la sécrétion chimique que la gastrectomie inhibe, on peut se demander si la diminution sécrétoire qu'elle entraîne suffit à modifier les conditions qui ont permis le développement de l'ulcère. L'incertitude qui règne sur l'interprétation pathogénique de la maladie ulcéreuse rend difficile d'expliquer quelles

	Volume de la sécrétion		Acidité libre		Acidité totale	
	Avant V.	Après V.	Avant V.	Après V.	Avant V.	Après V.
	—	—	—	—	—	—
A jeun	821	335	47	15	66	46
1 heure après insuline passe de	34 à 8	8 à 8	0 à 18	0	17 à 54	48 à 18
Repas fictif fait passer de	17 à 27	6 à 25	0 à 70	0	13 à 82	14 à 20
40 minutes après histamine passe de	10 à 65	15 à 60	66 à 109	44 à 100	73 à 114	57 à 110
1 heure après caféine passe de	14 à 26	14 à 44	30 à 48	7 à 69	40 à 58	23 à 89

Nous y ajoutons nos très modestes résultats : sur trois malades que nous avons vagotomisés, nous n'avons pu faire un examen du chimisme gastrique que chez deux, l'autre habitant très loin et n'ayant pas encore été revu. Chez l'un d'eux porteur d'un très gros ulcère térébrant de la petite courbure, l'examen du suc gastrique sans préparation quatre mois après l'opération montre de l'hypochlorhydrie, HCl libre : 0,25 ; HCl combiné : 0,52 ; acides organiques : 0,16 ; acidité totale : 0 gr. 93.

Chez l'autre malade montrant une péri-viscérite bulbaire de l'hyperchlorhydrie et du sang dans le liquide gastrique, nous trouvons trois mois après l'opération une forte hypochlorhydrie, il n'y a plus de sang dans le liquide. Voici les chiffres dans l'appréciation desquels on doit tenir compte qu'aussi bien avant qu'après l'opération il y avait un réflexe biliaire dans l'estomac.

Avant l'opération : HCl libre 1,05 ; HCl combiné 0,46 ; acides organiques 0,18 ; acidité totale : 1,70.

Trois mois après l'opération : HCl libre 0,26 ; HCl combiné 0,31, acides organiques 0,16 ; acidité totale : 0,73.

Après injection d'histamine, ces chiffres restent les mêmes. Ceci n'est pas en accord avec les résultats de Dragstedt puisque pour lui la réaction à l'histamine n'est pas modifiée par la vagotomie, alors que chez notre malade, elle est abolie.

Effets de la vagotomie sur la motricité gastrique. — Le parasympathique est le nerf moteur du tube digestif, le sympathique en est le nerf inhibiteur. L'action de la rachianesthésie, l'effet des sympathectomies chirurgicales ou novocaïniques met chaque jour cette loi en évidence.

La vagotomie devrait entraîner une paralysie gastrique. Chez le chien, Heymans et Samaan (1934) ont, après section des deux vagues à la partie inférieure du thorax, fait les constatations suivantes : les animaux vomissent pendant quelques semaines ; à l'examen radiologique on constate une paralysie gastro-intestinale qui disparaît au bout de deux ou trois semaines ; seule la partie terminale de l'œsophage reste partiellement paralysée. En somme les animaux survivent sans trouble.

Piéri marque pendant quelques semaines de l'hypotonie gastrique puis le retour à un tonus et une motilité suffisantes à un bon fonctionnement de l'organe.

Dragstedt a noté sur ses opérés la diminution du tonus et de la motilité gastrique mais non sa suppression. Il ne signale pas de modifications au niveau du duodénum. Il observe une atonie passagère de la région fundique chez deux malades. Les modifi-

peuvent être les conséquences de la vagotomie sur elle. Le fait que récemment Froehlich a guéri des ulcères par des exérèses sympathiques (splanchnique, chaîne lombaire) complique encore la compréhension des faits. Cependant, si on considère que l'ulcère a comme symptômes principaux : la douleur, l'hypersécrétion acide, hypermotilité et hypertonie gastrique et que, d'autre part, le pneumogastrique contient des fibres sensitives, des fibres sécrétoires et des fibres motrices, on voit que sa section réalise (comme le fait l'atropine) une thérapeutique symptomatique complète.

Atteint-elle le *primum movens* de la maladie ? C'est peu probable, mais en chirurgie physiologique, on sait se contenter de couper un arc réflexe nocif. D'ailleurs, n'est-ce pas la raison de la gastrectomie ?

Seuls valent les résultats obtenus.

Piéri, en 1932, a réalisé quatorze fois cette opération pour des ulcères juxta-cardiaques ou des ulcères peptiques après résection ou gastro-entérostomie. Il a obtenu des suites satisfaisantes.

Winkelstein, en 1945, publie vingt-six cas de vagotomie associée à la gastrectomie et qui ont entraîné des anachlorhydries persistant de cinq à dix ans, dans un article intitulé « Les Rapports de l'acidité gastrique et les ulcères récidivants après gastrectomie ».

Berg avait déjà remarqué que chez les vagotoniques irritables la gastrectomie étendue aux deux tiers n'est pas suffisante, l'acidité persiste et la section du X gauche au niveau du cardia est nécessaire pour rendre l'estomac complètement anacide.

Dragstedt avait, en décembre 1945, réuni trente observations d'ulcère duodénal, deux d'ulcus gastrique, deux d'ulcus peptique. La guérison persistante a été obtenue constamment avec sédation des troubles cliniques et disparition de signes radiologiques.

L'hypersécrétion à jeun des ulcéreux est considérablement réduite. L'hypertonicité et l'hypermotilité avec contractions exagérées par la faim, redeviennent normales après vagotomie.

La disparition de la douleur peut donner lieu à des nuances d'interprétation accordant la part prédominante soit à la section des fibres sensitives, soit à la suppression des contractions violentes de la musculature gastrique, soit à la suppression de l'acide.

Francis Moore (Boston) a vu cicatriser l'ulcère de une à trois semaines après la vagotomie, un peu plus tard pour les ulcères jéjunaux. Il a l'impression que cette intervention détermine une altération fondamentale dans le mécanisme de la production de

l'ulcère. Mais cela paraît très hypothétique à moins que l'on admette, et c'est une tendance qui prend quelque extension, le rôle important des centres nerveux corticaux ou sous-corticaux dans la maladie ulcéreuse.

Les trois malades pour lesquels nous avons préféré à la gastrectomie la vagotomie étaient deux ulcéreux duodénaux (signes radiologiques de périviscérite bulbaire) présentant de l'hyperchlorhydrie et du sang dans le suc gastrique et un ulcéreux gastrique, niche volumineuse de la petite courbure avec douleurs permanentes rebelles au traitement médical. Ces trois malades sont guéris de leurs troubles depuis quatre mois. Nous devons dire que vis-à-vis de l'ulcère de la petite courbure, nous avons en plus de la vagotomie fait un enfouissement de la zone ulcéreuse, afin d'éviter le risque d'une perforation ce qui a pu, par énervation locale, avoir un effet sur la douleur. Evidemment la plupart des résultats rapportés ne montrent que des guérisons assez récentes, un an en moyenne, ce qui pour une maladie à évolution cyclique et à longues rémissions spontanées, est peu démonstratif.

Il n'en reste pas moins que la vagotomie détruit symptôme par symptôme le tableau clinique de la maladie ulcéreuse et même fait disparaître l'ulcère.

En même temps que des guérisons, cette opération nous apporte peut-être un élément important pour l'interprétation pathogénique.

Elle mérite d'être conservée et appliquée autant que possible tout en sauvegardant l'intérêt du malade, ce qui nécessite de poser les indications respectives de la gastrectomie et de la vagotomie. Nous pouvons nous inspirer en cela du choix que fait Geza de Takats (Chicago) parmi les malades : « Les jeunes sujets résistant au traitement médical avec hypermotricité, hypersécrétion, sans hémorragie sérieuse, sans sténose, peuvent être vagotomisés, tandis que d'autres qui ont déjà subi des opérations gastriques répétées, ceux qui ont des ulcères peptiques et des lésions inflammatoires et pour lesquels une gastrectomie subtotale serait indiquée, peuvent subir l'essai de la vagotomie. »

Sans vouloir prophétiser sur la vagotomie et même en étant très peu ambitieux pour elle, on peut penser que sans détrôner les opérations gastriques, elle pourra, associée à elles, supprimer la complication redoutable et décourageante qu'est l'ulcus peptique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 1er avril 1947

Une mise au point : altitude et quinquinas. — M. le médecin général inspecteur Muraz, dans une note présentée par M. Tanon, fait remarquer que les conditions considérées jusqu'ici comme les bases essentielles des cultures de quinquinas dans nos colonies (altitude 1.200 à 2.400 m.), paraissent devoir être moins strictement observées.

En effet, M. le gouverneur général des Etablissements français en Océanie fait connaître que des cultures de quinquinas (Cinchona-Succirubra et Cinchona-Ledgeriana) ont donné un rapport satisfaisant entre 150 et 980 m. et même dans le creux des vallées. Il y a donc lieu de poursuivre de tels essais malgré l'apparition et l'emploi, au cours de ces dernières années, de produits synthétiques plus actifs que la quinine. Celle-ci, mis à parts ses effets antimalariques, reste toujours un bon agent de la thérapeutique tonique.

L'intoxication expérimentale et chronique par le chlorydrate d'histamine. — MM. R. Deschiens et M. Poirier. — Une intoxication expérimentale subaiguë ou chronique peut être réalisée chez le cobaye et le rat par le chlorhydrate d'histamine à doses réfractées, en injections sous-cutanées ou intra-musculaires. Chez le cobaye, une dose de 400 gammas par K. de poids, administrée tous les deux jours pendant 6 à 15 jours (dose totale 2.503 à 5.694 gammas) tue l'animal et détermine : 1° des lésions caractéristiques d'œdème broncho-pulmonaire : bronches contractées, ectasie vasculaire, alvéolite séreuse, infiltration diffuse de la trame ; 2° des lésions hépatiques et rénales ; 3° une leucocytose à polynucléaires neutrophiles ; 4° des broncho-spasmes ; 5° un amaigrissement progressif.

Chez le rat, les manifestations toxiques ont une évolution plus chronique, les doses de 50.000 par jour pendant 14 jours (dose totale de 700.000) ne tuent pas l'animal, mais créent des lésions importantes. Les doses faibles (10 gammas) par jour et par K. de poids, dose totale 170 gammas par k.) déterminent une maladie proportionnée. Les modifications humorales et réactionnelles créées, permettent une étude de comportement du terrain modifié par l'histamine vis-à-vis de certains agents pathogènes. Les lésions broncho-pulmonaires caractéristiques de l'histaminisme expérimental se retrouvent dans l'intoxication expérimentale par certaines substances toxiques vermineuses. (Note présentée par M. Tréfouël.)

Phlébites des membres inférieurs consécutives au collapsus gazeux du poumon. — M. Véran (Nantes).

Ictère syphilitique précoce, avec vérification biotique et traitement pénicillino-bismuthique. — MM. Gracium et Sparchez.

Election de trois correspondants nationaux dans la 1re division (médecine et spécialités médicales). Ont été élus M. le professeur Henri Roger (de Marseille)) M. Paillard (de Vittel) et M. Louvel (de Bagnoles-de-l'Orne).

Vacances de Pâques. — Il n'y a pas eu de séance le mardi 8 avril 1947.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 mars 1947

Sur l'action de la pénicilline dans les formes viscérales tardives de la syphilis. — MM. Cattan, Frumusan et Attal apportent deux observations : l'une concerne un tabes en poussée aiguë avec ataxie considérable, apparition de paralysies diverses des nerfs craniens et dysphagie importante mettant la vie en danger ; l'autre une ectasie aortique en poussée évolutive avec dyspnée intense, tirage et cornage.

Dans les deux cas les poussées aigues ont rétrocédé sous l'influence de la pénicilline aux doses de 600.000 à 1 million par jour jusqu'au total de 10 millions d'unités. Dans le tabes on a eu recours aux injections par voie intrarachidienne.

A propos d'un ictère au cours d'une syphilis secondaire traitée par la pénicilline et le bismuth. — MM. Tzang, Hillemand et Gilbrin relatent cette observation d'une syphilis secondaire traitée par 2.800.000 unités de pénicilline et du bismuth. Au décours du traitement, alors que les signes cliniques avaient disparu, que les signes sérologiques rétrocédaient, apparut un ictère.

Cette observation, comme celle de MM. Pasteur Vallery-Radot et Milliez, rapportée dans la précédente séance, pose le problème des ictères post-thérapeutiques avec le facteur nouveau dû à la pénicilline.

Un cas de leucémie aiguë avec localisation tumorale simulant un cancer du rectum. — MM. Layani, Aschkenazy et Sicot.

Lupo-érythémato-viscérite maligne à évolution fatale malgré une pénicillothérapie massive. — MM. Lian, Fred. Siguier, Duperrat et Sarrazin.

Les lupo-érythémato-vicérites aiguës (élargissement nosographique de la maladie Liebman-Sachs). — MM. C. Lian, Fred Siguier et A. Sarrazin, à propos d'une observation personnelle, font une mise au point complète de cette curieuse maladie. Après en avoir précisé la riche symptomatologie viscérale et souligné les incertitudes qui entourent encore son étiologie, ils insistent sur le problème nosologique posé par cette affection. Selon eux, l'atteinte cardio-vasculaire qui, lorsqu'elle existe, pose un diagnostic très important avec la maladie d'Osler, est en fait contingente et peut manquer. Il en est de même pour chacune des localisations viscérales dont la prédominance éventuelle ne doit pas conduire à multiplier à l'infini les variantes cliniques de cette maladie protéiforme. Dans l'attente d'un test spécifique défini, le terme de lupo-

érythémato-viscérite aiguë leur paraît rendre compte à la fois de l'importance et des caractères des manifestations cutanées, ainsi que des localisations viscérales qui sur le plan purement clinique demeurent les seuls critères valables de l'affection.

Hirsutisme avec obésité et hypertension artérielle. Augmentation du chlore et du sodium dans les globules et le plasma sanguins. — MM. J. DECOURT, GUILLAUMIN et BOUTTIER.

Implantation de testostérone pour eunuchisme et hydarthrose des genoux. — M. LIÈVRE.

SÉANCE DU 14 MARS 1947

Copro-porphyrinurie et diabète bronzé. — MM. BOULIN, URRY et CHEMINEAU.

Périartérite noueuse à forme subaiguë avec fièvre intermittente et localisations cutanées et oculaires. — MM. Noël PÉRON et Georges BUREAU.

Méningite à entérocoques guérie par la pénicilline. — MM. HAGUENAU et BOUYGUES. — Méningite aiguë : une ponction lombaire ramena un liquide trouble, riche en polynucléaires altérés et dont la culture donna de l'entérocoque à l'état pur. On administra par voie générale de fortes doses de pénicilline 200.000 à un million d'unités par jour et on adjoignit des injections intra-rachidiennes. Au bout de 12 jours, état stationnaire, on fit alors 50.000 unités par voie intra-ventriculaire ; collapsus vasculaire, convulsions subintrantes. La culture se montra alors stérile, puis redevint positive. Après une nouvelle injection intraventriculaire la guérison survint finalement.

Les auteurs insistent sur la rareté de l'affection et sa gravité constante ; sur la nécessité de mesurer la pénicillo-résistance du germe ; sur l'obligation d'utiliser des voies d'introduction multiples ; sur l'efficacité enfin de l'injection directe dans les ventricules.

La médullo-culture dans la tuberculose pulmonaire. — M. André MEYER signale que la médulloculture pratiquée sur le vivant chez 45 malades atteints de formes diverses de tuberculose pulmonaire — à l'exception des formes miliaires généralisées — n'a jamais permis de déceler le B. K.

Par contre sur le cadavre des tuberculeux, le bacille a toujours été trouvé ! L'obstacle qui s'oppose à la diffusion des germes pendant la vie et qui disparaît après la mort, demeure obscur.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1947

A propos du traitement chirurgical des coxarthries. — M. André TRÊVES considère comme le traitement chirurgical de choix, dans cette affection, l'ostéotomie haute sous-trochantérienne, oblique en bas et en dedans et, dans certains cas, l'ostéotomie intertrochantérienne en console, qu'il a d'abord décrite et utilisée dans les pseudarthroses du col du fémur.

Lorsque la tête fémorale tend à déborder en dehors le toit du cotyle, il est utile d'y ajouter la butée ostéoplastique, avec greffon emprunté à la crête iliaque.

D'une manière constante, ces interventions suppriment les douleurs, les attitudes vicieuses et doivent remplacer névrotomies, arthrodèses et résections arthroplastiques, ces deux dernières surtout dont les échecs sont trop nombreux, surtout à longue échéance, et irréductibles.

L'ostéotomie haute trouve, d'ailleurs, les mêmes indications dans presque toutes les séquelles de lésions de la hanche, entraînant des douleurs et des attitudes vicieuses.

M. C. ROEDERER, discutant la récente communication de M. VIDAL-NAQUET, rappelle que, dans beaucoup de cas, les traitements physiothérapiques donnent des résultats. Il pense que la névrostomie du nerf obturateur est souvent illusoire, que le forage est très aléatoire et que l'arthroplastie est à réserver aux malades jeunes, vigoureux et patients.

M. ROEDERER considère que c'est vraiment l'ostéotomie qui donne plus régulièrement des succès, mais non point cependant la simple ostéotomie intertrochantérienne, mais la sous-trochantérienne.

L'arthrodèse, avec les réserves à faire concernant l'autre hanche, nous donnera, peut-être, des surprises d'avenir.

Fractures de l'humérus compliquées de luxations de l'épaule. — M. SÉJOURNET, à propos de deux observations personnelles récentes, reprend l'étude de ces lésions.

De sa statistique personnelle, l'auteur conclut que la fracture humérale compliquée de luxation est, presque toujours, une fracture de l'extrémité supérieure, très rarement une fracture diaphysaire. Il décrit quatre observations de ces dernières fractures.

Pour les fractures du col anatomique avec énucléation de la tête, il faut faire la reposition sanglante, si le sujet est jeune. Si le sujet est âgé, la simple extraction de la tête suffit. Pour les fracures du col chirurgical, la reposition sanglante s'impose, suivant la technique de Galadine.

Technique d'enclouage du col du fémur sous contrôle radiologique. — MM. MASMONTEIL et J. LEURET décrivent une technique simple, rapide et sûre d'enclouage du col du fémur, sous contrôle radiologique qui, avec le concours d'un appareil fixé sur le fémur, permet d'effectuer cette intervention avec la prise de trois à quatre clichés, d'où très grande rapidité et sécurité de l'opération.

SÉANCE DU 7 MARS 1947

Réticuloses osseuses. — MM. F. MASMONTEIL et J. LEURET passent en revue toutes les affections endo-osseuses d'origine réticulo-endothéliale qui ne sont ni tumorales, ni infectieuses, et proposent une classification.

Un premier groupe comprend les *granulomatoses* avec le granulome éosinophilique, le granulome dyslipoïdique, subdivisé lui-même en granulome lipophagique solitaire, en granulome xanthomateux (Hans-Schüller-Christian), en granulome de la maladie de Caucher, en granulome de la maladie de Niemann-Pick, en granulome épithélioïde (Besnier-Bœck-Schaumann), en granulome hodgkinien.

Un deuxième groupe comprend les *fibromatoses*, les unes primitives (maladie de Jaffé-Lichnenstein), les autres secondaires (diverses ostéoses, myéloses ou granulomatoses).

Cette classification n'a pour but que d'être un guide provisoire dans l'étude des ostéopathies.

Prostatectomie rétro - pubienne de Terence - Millin. — M. Max BONAMY expose en détails la technique de prostatectomie rétro-pubienne qu'il a vu exécuter à Londres par Millin et qu'il a adoptée. Il souligne les avantages considérables de cette opération. Suites opératoires très simples, sans shock, ni douleurs ; opération en un seul temps, sans ouverture de la vessie ; absence de méchage et drainage minime ; incidents post-opératoires très rares et bénins.

L'auteur précise les indications qui sont très larges et insiste sur les possibilités nouvelles qui s'ouvrent grâce à la voie nouvelle de Terence-Millin.

Syndrome de sténose jéjunale par fibrome utérin pédiculé. — M. J.-M. AUCLAIR présente l'observation d'une malade qui, douze jours après un accouchement normal, présente des signes de sténose jéjunale. L'exploration chirurgicale montre l'existence d'un fibrome relié à l'utérus par un gros pédicule et adhérent à une anse jéjunale d'une manière intime.

La dissection de l'adhérence et la myomectomie ont tout fait rentrer dans l'ordre.

Lymphangiome kystique du mésentère ayant simulé une invagination intestinale chez un nourrisson de quatre mois. — M. CHUREAU (de Châtillon-sur-Seine) présente une observation de kyste chyleux du mésentère chez un enfant de quatre mois, ayant déterminé des signes d'occlusion qui, associés à des selles sanglantes et à la perception d'une tumeur de la fosse iliaque, imposaient le diagnostic d'invagination intestinale.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1947

A propos de la communication de Parrel sur « un syndrome de présomption de l'épileptoïdie ». — M. TACUET. — A la discussion qui a suivi cette communication, on est venu à parler de l'étiologie de ce syndrome et cette question s'est étendue à celle de l'épilepsie vraie. De Parrel y voit particulièrement le résultat d'un traumatisme cranien par l'usage immodéré et souvent injustifié du forceps. D'autres interlocuteurs ont discuté l'influence de la syphilis et de l'alcoolisme héréditaire. A notre avis, il est un facteur étiologique que l'on oublie trop, c'est celui du parasitisme. A ne pas y penser, et surtout en ne faisant pas pratiquer des examens coprologiques et sanguins et en ne les contrôlant pas par un traitement d'épreuve, on s'expose à classer parmi les comitiaux vrais, les enfants, adolescents et même adultes qui, en réalité, ne présentent que les manifestations d'une fausse épilepsie. Cette erreur de diagnostic peut avoir de graves conséquences pour l'avenir du malade.

Crise thermale, soi-disant telle, fatigue et allergie de l'enfant. — M. Albéric BOUDRY.

Un cas d'hypertension solitaire traité par les injections intraveineuses d'émulsion de vitamine A (Présentation de malade). — M. Yves DHÔTEL. — 39 ans, hypertonique constitutionnel, pendant dix mois, hypertendu aux environs de 21-12, insomnique la nuit et obligé au repos diurne presque continuel. Est très amélioré dès les premières injections, se stabilise ensuite vers 17-11.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1946

Double arthrite sèche de la hanche, datant de trois ans, avec impotence fonctionnelle traitée par résection de la branche profonde des deux nerfs obturateurs. Amélioration immédiate (Présentation de malade). — M. L. COURTY. — Il s'agit d'une femme de 67 ans qui souffre, depuis trois ans, d'arthrite sèche des deux hanches, particulièrement douloureuse, puisque cette malade ne peut plus marcher sans être soutenue et ne peut plus monter l'escalier. Les mouvements passifs dans les articulations coxo-fémorales provoquent des douleurs intolérables, qui arrachent des cris à la malade et il est impossible de porter le membre inférieur ni en flexion, ni en extension, ni en abduction.

La radiographie montre des signes d'arthrite sèche des deux articulations coxo-fémorales.

Intervention le 30 octobre 1946 : résection des deux nerfs obturateurs, réalisés par voie obturatrice. Trois jours après, la malade s'aperçoit, dans son lit, qu'elle peut soulever les jambes. Le neuvième jour, elle commence à marcher sans difficulté ; le quatorzième jour, elle peut marcher, monter l'escalier et quitte la clinique. L'opération de Camitz a donné, ici, un résultat immédiat remarquable.

Un traitement orthopédique des ankyloses vertébrales douloureuses. — M. J. DOUTRIAUX. — 1° Les ankyloses vertébrales provoquent un déséquilibre rachidien avec chute antéro-latérale de l'axe vertébral.

2° Ce déséquilibre rachidien est la cause essentielle des douleurs intolérables de ces malades, douleurs provoquées par la tension permanente avec contracture douloureuse des muscles péri-rachidiens élongés par lui.

3° Le rétablissement d'un axe rachidien correct dans les plans frontal et sagittal et le maintien de cet axe suppriment ces douleurs, symptôme primordial de l'ankylose vertébrale.

4° Ceci peut être réalisé par un traitement à plusieurs phases :

a) Cédation de la contracture musculaire péri-rachidienne et de l'ankylose vertébrale par action conjuguée de la thoriumthérapie et du repos rigoureux sur un plan dur (lit de Berck) ;

b) Maintien de l'axe correct ainsi réalisé par réankylose rachidienne en bonne position, grâce à un corset provisoire et une calcithérapie intensive.

Calcul de l'uretère pelvien et kyste calcifié de l'ovaire superposé sur le même cliché radiographique. — M. G. VINCENT. — Observation d'une femme présentant une ombre pelvienne d'origine ovarienne et un calcul de l'uretère pelvien, les deux images étant superposées. La pyélographie en position oblique permet la différenciation. Le calcul évolua spontanément après avoir déterminé une pyonéphrose qui se vida spontanément après l'évacuation du calcul.

Ostéo-périostite chronique durant 18 ans, après une fracture comminutive du fémur gauche par éclat d'obus. — M. A. BERNARD.

Echec de la pénicilline dans deux cas de pemphigus chronique malin. — M. V. CORDONNIER.

Sur un cas de myélite extensive du cône. — MM. L. MM. L. LANGERON, P. GIARD et J. LEMAITRE. — Observation de paraplégie flasque avec troubles sphinctériens et génitaux importants, anesthésie en selle, troubles trophiques Babinski bilatéral tardif. L'évolution est rapidement mortelle, avec absence de toute compression médullaire et de tout phénomène douloureux. L'autopsie permet d'éliminer l'arachnoïdite ; l'examen histologique montre des lésions inflammatoires au niveau des cornes antérieures de toute la moelle terminale. Il s'agit d'une myélite infectieuse d'origine indéterminée qu'on peut faire rentrer dans le groupe général des névraxites.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1946

Staphylococcémie avec staphylococcie maligne de la face guérie par la pénicilline. — Après un mois de furonculose, une femme de 36 ans fait en même temps une staphylococcie maligne de la face et une localisation dans les deux plèvres : en 48 heures, la situation est alarmante. La pénicilline amène la guérison en 15 jours, y compris celle d'une pleurésie purulente droite, sans pleurotomie ni injection intra-pleurale de médicament.

L'auteur souligne la gravité d'une telle infection, qui donnait autrefois 90 % de mortalité, alors qu'avec la pénicilline on obtient 90 % de guérisons. Enfin, il ne faut pas négliger les furonculoses et on doit employer, s'il le faut, la pénicilline pour les traiter, afin d'éviter toute complication viscérale grave.

Amicrobisme de certaines collections purulentes au cours de la pénicillothérapie ; conséquences diagnostiques et thérapeutiques. — M. A. BERNARD. — Deux malades atteints, l'autre de pneumonie à germes associés (streptocoques et pneumo-'autre de pneumonie à germes associés (streptocoques et pneumocoques), sont traités par la pénicilline. Tous deux font une pleurésie purulente dans laquelle on ne peut mettre en évidence de microbes, ni à l'examen direct, ni par la culture. Or ces deux malades ont des antécédents tuberculeux importants ; l'une un père tuberculeux, deux sœurs traitées par pneumothorax thérapeutique, un frère atteint d'adénite tuberculeuse ; l'autre a subi une néphrectomie pour tuberculose et a été soigné pendant trois ans pour coxalgie.

Dans les deux cas l'amicrobisme du pus pleural a fait craindre une localisation tuberculeuse, non confirmée par l'évolution heureuse de la pleurésie. La pénicilline par voie parentérale peut donc stériliser des épanchements pleuraux.

Négativation par la pénicilline de réactions sérologiques syphilitiques résistantes. — M. A. BERNARD. — Une femme atteinte de céphalée à paroxysmes nocturnes, présente les réactions de B.-W., Hecht Meinicke et Kahn positives. Pendant trois ans, elle reçoit un traitement intensif par des séries d'injections de cyanure de mercure, de bismuth et d'acétylarsan sans que les réactions soient modifiées. Elle refuse les injections de 914 et accepte la pénicilline.

Elle reçoit 60.000 unités toutes les trois heures, jusqu'à un total de 3.500.000 unités. Rapidement, la fièvre s'allume, pour atteindre 39° le cinquième jour et tomber au huitième jour, malgré la continuation du traitement. Les réactions étaient négatives au troisième jour du traitement et le sont encore trois mois après. Le résultat a été obtenu par l'action combinée de la pénicilline et de la pyrétothérapie qu'elle a provoquée.



HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE



HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau

Incidents de la pénicilline : fièvre et arthralgies ; cessation immédiate avec l'arrêt de la pénicilline. — M. G. DESBONNETS. — Une jeune femme de 24 ans est opérée pour péritonite généralisée, concomitante à un avortement de deux mois. Mickulicz : 400.000 unités de pénicilline pendant quatre jours. Suites très favorables. Le Mickulicz se révèle difficile à enlever ; chaque traction sur le sac est suivie d'une ascension de la température avec ballonnement important du ventre. Du 24 septembre au 5 octobre, on refait 400.000 unités de pénicilline par 24 heures. Le sac est enlevé le 30 septembre. Température élevée aux alentours de 38°5-39°. Du 2 au 5 octobre, très violentes douleurs dans l'épaule gauche avec insomnie complète. Le 6 octobre, à 8 heures, arrêt de la pénicilline : chute immédiate de la température et disparition des arthragies de l'épaule.

Lupus tuberculeux disséminé chez un enfant de 15 mois. — M. V. CORDONNIER.

Botulisme. Dysphagie sans paralysie œsophagienne. — MM. J. DEREUX, A. BAUDE et L. LEFEBVRE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

5 *mars.* — M. VOITOT. — Le dosage de benzène dans le sang.
M. ROUX. — Lésions micronodulaires.
Mlle DELAYRE. — Traitement des métrites du col par pénicilline.
M. BELET. — Puberté précoce.
M. KLEIN. — Hémorragies méningées récidivantes.
M. DELALANDE. — Dosage biologique des hormones androgènes.
Mme BLANCHARD. — Intérêt du dessin enfantin.
M. MOLDOVAN. — Trois cas de maladie de Buerger.
M. QUELIN. — Etude de la pénicillothérapie.
M. ECLOMANN. — Maladie de Biermer.
M. LE GOFF. — Maladie hémolytique.
Mlle PÉPIN. — Obésités endocriniennes de l'adulte.
M. TRAN-HUN-HANH. — Traitement des thyréo-toxicoses.
M. WIGNIOLLE. — Les râles.

6 *mars.* — M. FONTIER. — Etude du mégaœsophage.
M. LEMAIRE. — Stérilité féminine dans l'antiquité.
M. KARA. — Maladie de Dupuytren.
M. FAUCHIER. — Dystocie par anomalie de symphyse pubienne.
M. WEXLER. — Pervers instinctifs.

12 *mars.* — M. LESCŒUR. — Arthrodèse tibio-tarsienne.
M. ZILBERSTEIN. — Troubles mentaux dans les tumeurs frontales.
M. LAMASSIAUDE. — Fibrome au cours de la grossesse.
M. DEVRAND. — Le cardiazol en obstétrique.
M. HASBOUN. — Une uvéite.
M. LE DUC. — Le traitement des méningites à pneumocoques.
M. CARMIGNAC. — Mesure de la vitesse circulatoire.
M. MENNERAT Jean. — Emphysème bulleux obstructif.
M. ROZENCWEIG. — Causes d'erreurs dans la détermination des groupes sanguins.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'épilepsie et de l'énurésie par le venin du crapaud

L'épilepsie que naguère on qualifiait d'essentielle (c'est-à-dire sans cause organique connue) et aujourd'hui (par opposition à épilepsie corticale) de basilaire ou diencéphalique, est toujours sans traitement étiologique.

Le traitement symptomatique par les barbituriques reste impuissant à remettre en circulation quelques 100.000 malades frappés de cette infirmité.

De même, de nature comitiale ou non, l'incontinence nocturne tient en échec tous les médecins d'enfants.

Aussi, contre l'épilepsie et l'énurésie, toute nouvelle méthode mérite-t-elle l'expérience.

On connaît les indications du venin de cobra dans les algies rebelles du cancer.

La toxicité du venin de crapaud est moindre que celle des venins de serpent : Vulpian l'avait mesurée dès 1856.

Mme Phisalix (qui écrivit un livre « Animaux venimeux et venins ») y a isolé deux substances : la *bufotaline*, analogue à la digitaline, et la *bufoténine*, analogue à la strychnine. Il renferme en outre des lipoïdes, hormones et vitamines D.

Mais, faut-il s'empresser de souligner, aucune de ces substances isolées n'a les propriétés du venin complet, produit naturel.

Celui-ci se prélève sur les animaux vivants, ramassés dans les marais des Dombes et de Bretagne et rejetés ensuite, par expression des glandes parotides, grâce à une pince *ad-hoc*.

Il se prépare en ampoules injectables, buvables et comprimés.

Gabriel S..., 17 ans, a des crises comitiales depuis une gastro-entéro-péritonite dans les premiers jours de la vie. Retard mental, turbulence ; Gabriel vole et met le feu. Après un traitement de trois mois, par comprimés, sans barbiturique, les crises ont cessé, le malade s'est en outre développé physiquement et mentalement. Les réactions dangereuses ont disparu.

Jean S..., 13 ans, fils d'alcoolique suicidé, est un arriéré, agité de tics depuis un bombardement et incontinent chaque nuit, malgré toutes précautions, et plusieurs fois chaque nuit. Une série de dix injections intramusculaires en un mois guérit l'incontinence, qui n'a pas récidivé depuis un an, diminue les tics, relève le niveau mental et scolaire.

Comment agit le venin ?

Plusieurs hypothèses sont à retenir comme plausibles et à vérifier.

Sans tomber dans un finalisme hippocratique trop facile, il est permis de souligner que le venin, sécrétion interne chez le crapaud, a un rôle régulateur dans les humeurs de l'animal.

La présence de drogues à affinités nerveuse et vasculaire (voisines de la digitaline et de la strychnine), l'expérience clinique, donnent à penser que le venin agit sur le cerveau végétatif diencéphalique (plancher du 3e ventricule, centre du sommeil, des comas, de la diurèse).

Quoi qu'il en soit, nous ne manquons jamais d'essayer la méthode chez tous nos épileptiques et incontinents nocturnes rebelles.

G. D'HEUCQUEVILLE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Confédération des Syndicats médicaux français

Le Bureau de la Confédération des Syndicats médicaux français, traduisant l'opinion du Conseil, déclare :

La Confédération des Syndicats médicaux français proteste formellement contre le système légal actuel de l'assurance-vieillesse, dans le cadre de la Sécurité Sociale, en ce qui touche les travailleurs indépendants.

La Confédération des Syndicats médicaux français admet le principe de la solidarité sociale, mais ne saurait accepter que des cotisations excessives sans contrepartie appréciables soient imposées à des catégories de travailleurs dont l'activité est le plus souvent personnelle et qui sont, par ailleurs, accablés d'impôts.

La Confédération des Syndicats médicaux français, d'accord avec le Conseil national de l'Ordre, réclame, en ce qui touche l'assurance-vieillesse, une dérogation immédiate, permettant la gestion directe de ce risque dans le cadre de la profession, par la profession elle-même.

Elle apportera son appui à toute action visant à réaliser la volonté ci-dessus exprimée.

Chaire d'Hygiène et de Médecine préventive et Chaire d'Hydrologie et de Climatologie de la Faculté de médecine de Paris

Journées d'étude des 19 et 20 avril 1947

Ces Journées, organisées sous la direction des professeurs Joannon et Justin-Besançon, seront consacrées à la : « Contribution des médecins hydrologues et des médecins climatologues aux progrès de la médecine préventive : examens de santé, prévention des maladies chroniques ».

Présidents d'honneur : M. le doyen Léon Binet ; M. le professeur Jacques Parisot ; MM. les membres de la Commission des eaux minérales de l'Académie de médecine ; MM. les professeurs d'hydrologie et de climatologie des Facultés de médecine et MM. les professeurs de l'Institut d'hydrologie.

Comité de patronage : M. le Dr Cavaillon, directeur général au ministère de la Santé publique ; M. Laroche, directeur de la Santé sociale au ministère du Travail ; MM. les professeurs Castaigne, Chabrol, Creyx, Pasteur Vallery-Radot, Perrin, Piery, Sentenoise, Tanon, Vaucher ; MM. les Drs Flurin, Huber, M.-P. Weil et Wibaux.

Secrétaires généraux : Professeur H. Paillard (de Clermont-Ferrand) ; professeur agrégé Ch. Debray (de Paris) ; Dr F. Françon (d'Aix-les-Bains).

PROGRAMME

Première séance : samedi 19 avril, à 9 h. 30
1° Cœur. — Rapporteur : M. Boucomont.
2° Artères. — Rapporteur : M. Pierre-Noël Deschamps.
3° Veines. — Rapporteur : M. Jacques Louvel.

2e séance : samedi 19 avril, à 14 h. 30.
4° Foie. — Rapporteur : M. Walter.
5° Intestin. — Rapporteur : M. Stieffel (affections gastro-intestinales chroniques).
6° Intestin. — Rapporteur : M. Vendryes (entéropathies infantiles).
7° Système nerveux. — Rapporteur : M. Macé de Lépinay

3e séance : dimanche 20 avril, à 9 h. 30.
8° Reins (troubles secrétoires). — Rapporteur : M. J. Cottet.
9° Reins (lithiase et autres affections). — Rapporteurs : MM. Henri et Claude Paillard.
10° Prévention des maladies chroniques infantiles. — Rapporteur : M. Jumon.

4e séance : dimanche 20 avril, à 14 h. 30
11° Voies respiratoires supérieures. — Rapporteur : M. Flurin.
12° Etats asthmatiques. — Rapporteur : M. Galup.
13° Nutrition. — Rapporteur : M. Georges Bonnet.
14° Affections rhumatismales. — Rapporteur : M. F. Françon.

Exposés et débats seront orientés vers le dépistage et le traitement de troubles légers susceptibles de conduire, à plus ou moins longue échéance, à des maladies nettement caractérisées. Ils permettront de grouper des connaissances nouvelles ou éparses concernant des moyens d'information cliniques et biologiques utiles à un diagnostic précoce et des soins et conseils à portée préventive. Par leur caractère pratique, ces notions pourront concourir au perfectionnement des examens périodiques.

Les rapports seront publiés « in extenso » après les Journées d'étude ; des communications ayant trait aux sujets traités pourront éventuellement être acceptées ; leur texte ne devra pas dépasser la longueur de cinq pages dactylographiées et devra être déposé en double exemplaire.

La participation aux Journées ne comporte pas de cotisation ; les auteurs de communication sont cependant priés de s'inscrire à l'avance.

Pour tous renseignements, s'adresser aux secrétaires généraux : Laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine. Téléphone : Danton 55-36.

Enseignement médical de l'hôpital Bichat

(Année scolaire 1946-1947)

L'enseignement médical de l'hôpital Bichat, organisé par les médecins chefs de service de Bichat et par leurs assistants et internes, est destiné à compléter les démonstrations au lit du malade. Il est destiné aux stagiaires de 2e et de 3e année.

L'enseignement sémiologique a lieu chaque jour à 9 h. 30, à l'amphithéâtre de l'hôpital Bichat (sauf le mardi 20 mai 1947).

L'enseignement clinique et thérapeutique a lieu tous les mercredis à 11 heures, à l'amphithéâtre de l'hôpital Bichat (sauf le mercredi 21 mai 1947, où il est ramené au mardi 20 mai 1947).

Lundi (tous les lundis) : Sémiologie. Présentation de malades par l'assistant ou l'interne du service de M. le professeur Guy Laroche.

Mardi (tous les mardis, sauf le mardi 20 mai) : Sémiologie. Présentation de malades par l'assistant ou l'interne du service de M. le Dr Rachet.

Mercredi (tous les marcredis à 11 heures, sauf le mercredi 21 mai 1947) : Leçons cliniques et thérapeutiques par : le 16 avril 1947, M. Justin-Besançon ; le 23 avril, M. Guy Laroche ; le 30 avril, M. Paraf ; le 7 mai, M. Claude Gautier ; le 14 mai, M. Klotz ; le 21 mai (ramenée au mardi 20 mai), M. Rachet ; le 4 juin, M. Justin-Besançon ; le 11 juin, M. Guy Laroche ; le 18 juin, M. Paraf ; le 25 juin, M. Claude Gautier.

Jeudi (tous les jeudis) : Sémiologie. Présentation de malades par l'assistant ou l'interne du service de M. le Dr Paraf.

Vendredi (tous les vendredis) : Sémiologie. Présentation de malades par l'assistant ou l'interne du service de M. le Dr Claude Gautier.

Samedi (tous les samedis) : Sémiologie. Présentation de malades par l'assistant ou l'interne du service de M. le Professeur Justin-Besançon.

Des appels de tous les stagiaires sont régulièrement faits et compteront pour les notes des stagiaires et la validation de leur stage hospitalier.

Nécrologie

— On annonce le décès à Courtrai du Dr Van Durme, ancien professeur de médecine légale à l'université de Gand, ancien président de la Société belge de médecine légale et, à Genève, la mort du Dr Raoul de Seigneux, professeur honoraire de clinique gynécologique et obstétricale à l'Université de Genève.

LIVRES NOUVEAUX

Electroéncéphalographie clinique, par A. BAUDOIN et H. FISCHGOLD, 1 vol., 150 p. L'Expansion Scientifique française, Paris, 1946.

Il ne s'agit pas d'un traité d'électroencéphalographie, mais d'une série d'articles parus en 1946 dans la « Semaine des Hôpitaux » et qui résument le travail de dix ans.

L'électroencéphalographie est une technique étudiant les potentiels cérébraux détectés à travers le crâne, à l'aide de deux électrodes reliées à l'entrée d'un amplificateur, dont la sortie est connectée avec un oscillographe enregistreur. On obtient ainsi une courbe appelée encéphalogramme. Hans Berger a l'un des premiers étudié les accidents de ces courbes et a noté deux séries d'ondes :

α) de fréquence régulière (8 à 12 par seconde), fixe chez le même sujet et d'amplitude variant de 50 à 100 microvolts ;

β) de fréquence irrégulière (15 à 30 par seconde) et d'amplitude de 15 à 20 microvolts. Les premières s'observent chez un sujet calme et soustrait à toute irritation sensorielle. Dès que le sujet ouvre les yeux, les ondes β apparaissent (réaction d'arrêt).

Les ondes ne s'observent pas chez le nouveau-né et sont très rares, très lentes chez le nourrisson de quelques mois. C'est seulement à 12 ans, aux approches de la puberté, que l'encéphalogramme prend les caractères de celui de l'adulte normal. B. et F. ont étudié les courbes dans des états pathologiques : épilepsie, tumeurs cérébrales, traumatismes cérébraux.

L'électroencéphalogramme des épileptiques en état de crise ou d'absences même légères, montre un ralentissement des ondes qui prennent la forme pointe-onde, sauf à la phase clonique.

L'électroencéphalogramme des tumeurs craniennes ne permet pas toujours une localisation précise, sauf dans les cas où des ondes lentes existent sur une zone limitée du crâne. L'électroencéphalogramme des traumatismes cérébraux se traduit par la désorganisation du rythme normal et l'apparition d'ondes δ.

En somme, mis à part le « wave andopille », l'écorce cérébrale ne manifeste guère sa souffrance que par le rythme dit δ de 1 à 4 par seconde. Il faut savoir que de nombreuses affections cérébrales sont capables de produire le rythme δ : encéphalites infectieuses et toxiques, acrodynie, schizophrénie, certaines formes d'atrophie cérébrale. Il faut savoir aussi que le rythme δ peut s'observer chez des sujets normaux. Il est physiologique chez l'enfant qui n'a pas parachevé le développement de son cortex, chez l'adulte bien portant dans le sommeil normal ou les divers sommeils anesthésiques. Les auteurs, dans les cas pathologiques, envisagent les données de l'E. C. G. sous les angles diagnostique, pronostique et médico-légal. L'exposition du sujet est présentée sous une forme claire et précise.

F. L. S.

El Hambre (La faim), étude médicale, juridique et sociale, par le professeur NERIO-ROJAS (Editeur El Ataneo-Florida 340, Cordoba 2099, Buenos-Aires).

C'est un ouvrage remarquable qui fait le plus grand honneur à la chaire de médecine légale de l'université de Buenos-Aires et qui présente un intérêt d'actualité évident. Appuyé sur une très riche bibliographie dans laquelle on retrouve les références les plus récentes concernant les camps d'extermination allemands et japonais, l'auteur envisage successivement les aspects divers que peut prendre la faim chez l'individu et dans les collectivités, montrant que ce problème social de tous les temps a servi de thème à des œuvres littéraires célèbres comme « La Divine Comédie », « Les Misérables », etc. Il étudie la physiologie de l'inanition et rapporte des expériences personnelles faites au laboratoire de son Institut. Puis il analyse la symptomatologie du syndrome ordinaire, présente le tableau de l'inanition chez le psychopathe et termine cette partie en donnant la description des lésions retrouvées à l'autopsie des inanitiés.

Après avoir étudié la question de la famine et de la délinquance, il passe en revue la législation, puis la jurisprudence argentine. Il termine son ouvrage par un chapitre de médecine sociale consacré à la misère et à la faim, pour aborder ensuite le problème du travail et du salaire, puis celui du salaire minimum dont il donne un aperçu biologique nouveau. En conclusion il propose en exemples un certain nombre de dispositions législatives destinées à éviter aux économiquement faibles le déséquilibre financier qui doit les conduire à ces états de maladie sociale générateurs de troubles individuels graves.

Médecin légiste formé à la discipline française, ROJAS a comme beaucoup d'entre nous été conduit aux sommets de la médecine sociale par son contact journalier avec les misères humaines. Il nous apporte dans cette synthèse médico-légale et médico-sociale une preuve supplémentaire que ces disciplines jumelles ne peuvent plus désormais être scindées dans un enseignement.

M. M.

Traité d'hygiène publié sous la direction de A. ROCHAIX, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon ; P. SÉDALLIAN, professeur de clinique des maladies infectieuses et de bactériologie à la Faculté de médecine de Lyon ; R. SOHIER, professeur agrégé du Val-de-Grâce, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté de médecine de Lyon ; par J. Bériech, A. Bertoye, M. Ellia, J. Gaté, Ch. Jaulmes, P. Monnet, A. Morel, A. Rochaix, P. Sédallian, R. Sohier, A. Tapernoux, P. Viollet.

Deux volumes ensemble de 1.900 pages avec 333 figures. Masson et Cie, éditeurs à Paris, 1947.

Le 26 mai 1944, le professeur Rochaix était tué dans son laboratoire, en même temps que plusieurs de ses collaborateurs, par le bombardement qui toucha si durement la Faculté de médecine de Lyon. Ce tragique et douloureux événement retarda la publication du Traité d'hygiène dont il avait assumé la direction. Grâce à l'énergie et au travail de ses collaborateurs, MM. Sédallian et Sohier, la tâche ne fut pas abandonnée et aujourd'hui paraît le Traité, œuvre magistrale qui continue l'œuvre de Rochaix et constitue pour son nom un mémorial digne de lui.

Il est inutile de rappeler l'importance croissante de l'étude de l'hygiène : pour la santé publique, pour la vie du pays, de son industrie, pour l'avenir de ses reconstructions urbaines, de son organisation sociale, etc.

Ecrire un Traité d'hygiène est une tâche au-dessus des forces d'un seul homme, il lui faut faire appel à des spécialistes appartenant à des milieux scientifiques différents : médecins, hygiénistes, vétérinaires, administrateurs, architectes, ingénieurs. La lutte contre les maladies infectieuses, la prophylaxie de ces maladies en France et dans les pays d'outre mer ouvrent un champ de recherches illimité.

Aussi faut-il louer les directeurs de ce Traité d'avoir, sous l'égide du nom de Rochaix, réuni l'équipe de spécialistes qui nous apportent aujourd'hui l'admirable traité d'hygiène auquel la maison Masson a donné une présentation conforme à ses grandes traditions.

F. L. S.

Dépôt légal. — 1947. 2e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr.
Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr.
Chèques Postaux Paris : 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements
et pour toute la correspondance
s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France..............	356 fr.
au lieu de ....375 fr.	
Un an : étudiant.............	190 »
au lieu de................200 fr.	
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX

Hospice Paul-Brousse, Institut du Cancer Maison de retraite de Villejuif

Un concours pour le recrutement d'internes en médecine s'ouvrira le 16 mai 1947.

Peuvent y prendre part les externes des hôpitaux de Paris et les étudiants en médecine possédant dix inscriptions de doctorat.

Inscriptions à la Préfecture de la Seine, service des Etablissements départementaux d'Assistance, 1er bureau, annexe Lobau, escalier A, 1er étage, pièce 150, dimanches, fêtes et samedi après-midi exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 14 au 26 avril 1947.

Hôpital Franco-Musulman à Bobigny

Un concours pour le recrutement d'internes en médecine s'ouvrira le 9 juin 1947. Il est ouvert aux candidats du sexe masculin, externes des hôpitaux d'une ville de Faculté ou internes des hôpitaux d'une ville de Faculté ou possédant une Ecole de médecine.

Inscriptions du 7 avril au 10 mai inclus à la Préfecture de la Seine, service des établissements départementaux d'assistance, 1er bureau, 2, rue Lobau, porte 150, tous les jours de 10 à 12 et de 14 à 17 heures, dimanches, fêtes et samedis exceptés.

Hôpitaux de Tunisie

La Direction de l'Assistance et de la Santé publique en Tunisie a des emplois vacants d'internes pour les hôpitaux de Tunis, Sousse et Sfax.

Conditions : minimum 20 inscriptions validées. Traitement : 4.000 francs pour les internes non médecins ; 5.000 francs pour les internes médecins. Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'Assistance et de la Santé publique, boulevard Bab-Benat, Tunis.

Hôpitaux psychiatriques. — Les épreuves du concours du médicat du cadre général des hôpitaux psychiatriques annoncé au « Journal Officiel » [illegible] 20 mars 1947 et prévu pour le 19 mai [illegible], sont reportées au 20 mai 1947.

Le nombre de places [illegible]s au concours est de huit.

Consultations départementales de nourrissons. — Un concours sur titres pour le classement sur la liste d'aptitude des médecins des consultations départementales de nourrissons, sera ouvert le jeudi 22 mai 1947, à 14 h. 30, à l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

Les inscriptions seront reçues à la sous-direction de la Protection maternelle et infantile, du vendredi 2 au mercredi 14 mai inclusivement, de 14 à 17 heures, samedis, dimanches et fêtes exceptés.

Les candidats devront déposer à l'appui de leur inscription :

1° Leur diplôme de docteur en médecine ;

2° Un extrait de leur casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

3° Une attestation du Conseil de l'Ordre des médecins établissant qu'ils n'ont été l'objet d'aucune sanction disciplinaire de la part dudit Conseil ;

4° Leur acte de naissance ;

5° Un exposé dactylographié, en sept exemplaires, de leurs titres civils et militaires.

Ils y joindront tous certificats émanant des chefs de services d'enfants ou des consultations de nourrissons auxquels ils ont été attachés. Ces certificats devront mentionner la durée des fonctions et l'appréciation des chefs de services.

Facultés de province

Strasbourg. — M. Nordmann, assistant stagiaire à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, est nommé, à compter du 1er octobre 1946, professeur titulaire de la chaire de clinique ophtalmologique. (Dernier titulaire, M. Redslob, retraité.)

Légion d'honneur

PRÉSIDENCE DU CONSEIL

OFFICIER. — M. le Dr Jules Corset (J. O. 13 avril 47).

Guerre

Ecole d'application du Service de santé militaire. — Le J. O. du 13 avril publie le décret n° 47-688 du 8 avril 1947 modifiant le décret du 10 février 1920 concernant la réorganisation de l'Ecole d'application du Service de santé militaire.

L'article 10 du décret du 10 février 1920 est remplacé par le suivant : Le titre de « professeur agrégé du Val-de-Grâce » est obtenu au concours. Le nouveau décret précise les conditions de ces concours.

Deux autres décrets nos 47.689 et 47.690 sont relatifs à l'obtention du titre d'assistant des hôpitaux militaires et des titres de médecin, chirurgien, spécialiste et pharmacien chimiste des hôpitaux militaires.

EDUCATION NATIONALE

Centres médico-scolaires. — Le J. O. du 12 avril 1947 publie un arrêté désignant les communes tenues d'organiser un cen-

tre médico-scolaire agréé par l'inspecteur d'Académie et pour la Seine par le directeur des services d'enseignement.

Le nombre des communes désignées se monte à 1.676.

SANTE PUBLIQUE

Institut national d'Hygiène. — Le J. O. du 11 avril publie le décret n° 47.682 du 8 avril 1947 relatif à la rémunération des chercheurs de l'Institut national d'Hygiène :

Les jeunes gens désireux de se consacrer à la recherche scientifique médicale, et reconnus aptes par le Comité scientifique, peuvent être nommés attachés de recherches par le directeur de l'Institut national d'Hygiène. Ils reçoivent une allocation au plus égale, selon la résidence où travaille l'intéressé, au traitement de la dernière classe des assistants des facultés de l'Université de Paris ou des Universités de province.

Un second décret n° 47.683, du 8 avril 1947, fixe le mode de rémunération des collaborateurs de l'Institut national d'Hygiène assistant les chercheurs dans leurs travaux.

Sanatoriums publics. — Liste d'aptitude aux fonctions de médecin directeur des sanatoriums publics (tuberculose pulmonaire). M. le Dr Ageorges, Mlle le Dr Chemin, M. le Dr Joly, M. le Dr Pressat, Mme le Dr Rasse-Calvet, M. le Dr Rossignol, Mlle le Dr Trocmé.

Congrès

Ligue Française contre le rhumatisme. — Journée annuelle du mercredi 14 mai à Montpellier.

Programme. — 1° Le matin : Rapport de MM. les professeurs Rimbaud et H. Serre. « Localisations ostéo-articulaires des brucelloses. » Discussion du rapport et présentation de documents et de malades dans le service du professeur Lamarque.

2° Déjeuner à 12 h. 30.

3° L'après-midi : Séance de communications sur le sujet et sur sujets libres.

Renseignements concernant lieux de réunion et logement seront fournis au Secrétariat, 23, rue du Cherche-Midi, Paris.

Droit d'inscription : 100 francs.

Premier Congrès de la Ligue européenne contre le rhumastime. — Copenhague-Aarhus, 4-8 septembre 1947.

Programme. — 4 septembre : Réception à l'Hôtel de ville de Copenhague.

5 septembre : Rapports et discussions.

a) L'étiologie et la pathogénie des arthropathies infectieuses envisagées spécialement au point de vue des streptocoques comme agents étiologiques ;

b) Traitement des arthropathies infectieuses (spécialement la chrysothérapie et autres chimiothérapies).

Banquet : Restaurant Vivex.

6 septembre : Rapports et discussions.

a) L'importance des maladies rhumatismales pour la Société ;

b) Problèmes bio-climatologiques dans la rhumatologie.

7 septembre : Transport du Congrès à Aarhus.

8 septembre : Communications libres.

A Copenhague les débats du Congrès auront lieu au Palais du Parlement.

A Aarhus les débats auront lieu à la nouvelle Université.

Les conférences d'ouverture peuvent durer 20 minutes (environ 10 pages écrites à la machine avec des caractères ordinaires et double interligne). Les exposés de discussion déclarés doivent avoir une durée maximum de 5 minutes. Les conférences libres peuvent durer 10 minutes.

Un résumé dactylographié de toutes les conférences doit être entre les mains du Secrétariat avant le 1er mai 1947. Les résumés des conférences d'ouverture doivent comprendre au maximum 500 mots.

Le Congrès est ouvert aux médecins membres de la Ligue française contre le rhumatisme et aux membres des Sociétés médicales agréés par le Comité d'organisation. Les congressistes peuvent être accompagnés de leur femme.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser au Secrétariat de la Ligue, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).

Les inscriptions seront closes le 1er juin 1947.

Société de Médecine de Marseille. — Le petit Congrès annuel de la Société de Médecine aura lieu le samedi 28 juin 1947 à Marseille et sera consacré à : L'état actuel des thérapeutiques chirurgicale et médicale des abcès pulmonaires.

M. le Professeur Santy a bien voulu accepter de venir exposer la question du Traitement chirurgical des abcès du poumon. MM. Aubert et Métras sont inscrits pour des communications sur ce sujet. Le traitement médical des abcès pulmonaires fera l'objet d'un rapport par MM. Ch. Mattéi, M. Tristani et A. Barbe.

S'inscrire pour des communications sur les questions à l'étude auprès du professeur Morin, président de la Société de Médecine, Laboratoire de Physiologie, Faculté des Sciences, place Victor-Hugo, Marseille.

COURS

Cours théorique et pratique de broncho-œsophagoscopie

M. André Aubin, O. R. L. des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté fera, du 2 au 7 juin inclus, avec le concours de ses assistants, un cours de broncho-œsophagoscopie.

1° Cours théorique. — Six leçons théoriques seront faites par le Dr Aubin à l'hôpital Broussais, dans le service d'O. R. L. Elles commenceront chaque jour à 10 heures.

1re leçon : 2 juin. Technique de la laryngoscopie directe, de la bronchoscopie, de l'œsophagoscopie, de la gastroscopie.

2e leçon : 3 juin. Corps étrangers des voies aériennes et digestives ; diagnostic clinique, endoscopique et radiologique.

3e leçon : 4 juin. Problèmes mécaniques soulevés par la technique de l'endoscopie transbuccale et de l'extraction des corps étrangers des voies aériennes et digestives. Multiplicité des procédés d'extraction.

4e leçon : 5 juin. Sur l'aide apportée au médecin par l'endoscopie dans le diagnostic des suppurations et des néoplasies des bronches et des poumons. Thérapeutique endoscopique de la bronchectasie et de l'abcès du poumon. Technique des prélèvements de secrétions et des biopsies.

5e leçon : 6 juin. Application de l'endoscopie au diagnostic et au traitement des maladies de l'œsophage.

6e leçon : 7 juin. Examen des malades atteints d'affections broncho-pulmonaires et de l'œsophage. Présentation de résultats.

2° Cours pratiques. — Le cours pratique comportera six leçons pratiques : trois sur le cadavre, trois sur le chien vivant. Chaque élève fera lui-même tous les exercices et toutes les manipulations sous la direction et le contrôle du Dr Aubin.

Le programme est le suivant : A) Sur le cadavre. 1re séance : 2 juin. Démonstration de la position du malade. Technique d'introduction des instruments. Anatomie endoscopique. Points de repère. Laryngoscopie. Bronchoscopie. Œsophagoscopie. Gastroscopie.

2e séance : 3 juin. Corps étrangers des voies aériennes. Technique des différents procédés d'extraction.

3e séance : 4 juin. — Corps étrangers des voies digestives.

B) Sur le chien vivant. 4e, 5e, 6e séances : les 5, 6 et 7 juin. Même programme que sur le cadavre. Applications au chien vivant.

Ces travaux pratiques auront lieu à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, tous les jours de 14 à 16 h. 30. Ce cours comportera au maximum douze auditeurs. Droit d'inscription : 1.800 fr. Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin, jusqu'au 1er juin.

Renseignements

Usine Produits Chimiques de la vallée du Rhône rech. médecin d'usine à temps plein. Ecr. THIOLLIER, 116, bd Raspail, Paris, 6e.

La Caisse régionale de Sécurité Sociale de la région Rhône-Alpes (Ain, Ardèche, Drôme, Isère, Loire, Rhône, Savoie, Haute-Savoie), recherche des médecins-conseils et des chirurgiens-dentistes-conseils à temps plein. Demander renseignements et conditions au médecin-conseil régional, 52, avenue Maréchal-Foch, à Lyon (6e).

La prostatectomie extra-vésicale de Térence Millin

Les anciens problèmes qu'elle résout les nouveaux qu'elle pose

par Henry Duvergey (de Bordeaux)

La fréquence de l'adénome prostatique, en relation directe semble-t-il avec l'évolution de notre civilisation, en fait un des problèmes de pratique quotidienne du plus haut intérêt ; 25 % des hommes après 50 ans commencent à présenter des troubles prostatiques.

Devant les succès magnifiques remportés par les œstrogènes de synthèse dans le traitement de l'adénome dégénéré de la prostate, on a pu se demander si semblables résultats ne pourraient être obtenus dans l'adénome simple. Le volume de l'adénome même ne paraît subir aucune influence notable par le traitement hormonal appliqué souvent au hasard des produits, certains malades étant soumis alternativement à des cures d'hormones mâles ou femelles.

Ce traitement hormonal administré assez tôt, pourra-t-il éviter la formation et le développement de l'adénome prostatique, c'est possible ; mais sur l'adénome constitué, son action est insuffisante. Les bons résultats obtenus sont en rapport avec la disparition de troubles congestifs et à la reprise de la tonicité du muscle vésical.

Le problème subsiste donc entier. La résection endoscopique ne le résout pas davantage. Pourtant elle avait créé un grand enthousiasme surtout de la part du malade qui acceptait volontiers une intervention où il n'était plus nécessaire d'ouvrir la vessie. Pour certains, elle ne vivait que des contre-indications de la prostatectomie de Freyer ; pour d'autres, elle prenait sa place et devait s'y substituer dans la majorité des cas. Et les résultats insuffisants, dans les adénomes tant soit peu volumineux par exemple, ne furent pas longs à se faire attendre. Car la résection pratiquée dans les meilleures conditions, avec une instrumentation et une source de courant parfaites, un opérateur rompu à la méthode, n'équivaudra jamais à une prostatectomie totale. Aussi la tumeur peut continuer à évoluer, elle peut dégénérer, l'intoxication de l'organisme produit par l'adénome et ses sécrétions se poursuit, de nouvelles séances de résection seront à envisager, les urines resteront troubles et il n'est pas exagéré de dire que si certains malades se contentent de cette opération palliative, beaucoup en restent déçus.

Cette déception, ils ne l'éprouveront pas avec la prostatectomie, tout au moins en ce qui concerne les résultats éloignés qui sont toujours excellents.

Cette prostatectomie ne se fera qu'exceptionnellement par le périnée car elle reste une opération difficile, la région à traverser est compliquée et dangereuse ; il faudra ménager le rectum en arrière, le sphincter strié de l'urètre et le col vésical en avant ; aussi observe-t-on des fistules urinaires, des incontinences, des troubles génitaux.

La prostatectomie périnéale ne sera jamais qu'une opération aux indications très spéciales à réserver aux vieillards fatigués car elle est moins choquante et moins aveugle que le Freyer, à ceux qui ont une paroi abdominale particulièrement épaisse, à ceux qui présentent un gros adénome à développement inférieur.

En face de ces différents traitements plus ou moins discutés et aux indications limitées, la prostatectomie transvésicale de Freyer recueillait tous les suffrages et pendant quarante-cinq ans, l'école française s'est appliquée à mettre au point et à perfectionner la technique et les suites opératoires de cette intervention.

Tous en connaissent ses avantages, opération d'exécution facile, l'adénomectomie se fait en un tour de main par un opérateur tant soit peu entraîné ; opération bien supportée dans l'ensemble surtout si l'on intervient en plusieurs temps. Les suites éloignées en sont excellentes, tant en ce qui concerne le résultat fonctionnel que les répercussions sur l'état général des malades qui présentent un rajeunissement physique et intellectuel.

Mais malgré tous les perfectionnements techniques apportés au Freyer, l'énucléation est pratiquée de nos jours comme il y a un demi-siècle, tenant peu compte des lois de la chirurgie et n'ayant que peu bénéficié des progrès de la chirurgie générale.

Le Freyer est une opération *illogique* car on aborde un organe au travers d'un autre organe, on agit sur la prostate au travers de la vessie et cet organe essentiel à la miction se trouve percé de part en part, en haut, au niveau de l'orifice de cystostomie, en bas au col vésical. De plus la vessie est souvent infectée et on va du même coup, en suivant cette voie, contaminer la zone opératoire, la loge prostatique. Les urines, malgré leur dérivation, vont se trouver en contact permanent avec la plaie opératoire et retarderont la cicatrisation.

Car cette cicatrisation doit se faire spontanément, en haut et il n'est pas rare d'observer des retards de cicatrisation et des fistules urinaires persistantes, en bas et l'aspect des urines qui mettent des mois à s'éclaircir n'en sont que la traduction fidèle. Comme corollaire de cette cicatrisation spontanée, il faut souligner la longueur des suites opératoires, empêchant le lever des malades et après le deuxième temps de prostatectomie, il n'est pas rare de compter trois semaines à un mois pour obtenir une fermeture solide.

Opération *aveugle*, où tout se fait au doigt, opération *sanglante* où toute hémostase directe est impossible et où l'on est réduit, en face d'hémorragie grave, à pratiquer un tamponnement.

Opération *choquante* malgré sa rapidité car l'énucléation faite au travers d'une cheminée oblique représente une manœuvre de force ; ses suites en sont douloureuses tout au moins pendant deux ou trois jours.

Opération dont les suites sont *désagréables* et inconfortables : présence de tubes hypogastriques, de sondes urétrales à changer et à mettre au point, de nombreux lavages vésicaux, de pansements mouillés. Tout ceci fait du Freyer une opération qui garde aux yeux du public un préjugé défavorable.

D'ailleurs certains chirurgiens tels que Harry Harris, Jeagy, Couvelaire, Martin, Darget l'avaient bien compris puisque depuis plusieurs années, ils essayaient de transformer le Freyer en une adénomectomie à ciel ouvert avec différents procédés d'hémostase qui permettraient de réaliser une suture complète de la vessie.

C'est avec cet état d'esprit que Marion écrivait au sujet de la prostatectomie : « On doit toujours chercher à améliorer une opération soit pour diminuer ses risques, soit pour abréger la durée de ses suites, soit pour améliorer les résultats définitifs. »

Un nouveau procédé remplissant ces conditions était né en Angleterre, c'est la prostatectomie extravésicale par voie sus et rétropubienne de Térence Millin. Cette intervention qui ressemble à une prostatectomie périnéale renversée, qui en a tous les attraits et aucun de ses inconvénients, représente à nos yeux une révolution complète dans la chirurgie vésico-prostatique, aussi grosse de conséquences que celle réalisée par Fuller et Freyer en 1900 avec la prostatectomie transvésicale.

***

Aborder la prostate par la voie la plus courte et la plus directe, en évitant de léser les organes voisins, telle est l'idée neuve de Millin.

Cette idée de passer au travers de la cavité de Retzius lui est venue au cours de la pratique de la cystectomie totale élargie ; il s'est aperçu qu'anatomiquement l'extirpation de la prostate était chose très réalisable mais qu'on se heurtait à deux gros dangers : les hémorragies et l'infection.

C'était sans doute l'existence de ces préjugés élevés en dogme indiscutable qui avait empêché toute tentative antérieure de prostatectomie par cette voie de réputation très dangereuse :

— Dangereuse au point de vue hémorragie, car le système veineux périprostatique est très développé formant le plexus de Santorini avec la veine dorsale de la verge, l'origine des veines honteuses internes, les veines vésicales inférieures, les rétro symphysaires, les graisseuses, toutes anastomosées entre elles et donnant une apparence de confusion extrême ;

— Dangereuse au point de vue infection ; il existe un tissu cellulaire lâche, mêlé de graisse, qui se décolle au doigt et comble un espace qui descend très bas latéralement, milieu propice au développement de l'infection et à l'apparition des phénomènes de cellulite.

Contre ces deux dangers, les chirurgiens disposent actuellement de nouvelles armes, de l'électrocoagulation et des hémosta-

tiques modernes pour les hémorragies, des sulfamides et de la pénicilline pour l'infection.

A première vue , la voie d'abord prostatique de Millin bien que directe, paraissait profonde, d'accès difficile. L'écarteur de Harris donne un jour plus considérable sur la région et si la situation d'une prostate normale est rétropubienne, l'adénome en se constituant se développe en avant et surtout en haut. L'incision de la loge prostatique se fera en principe à la verticale du bord supérieur de la symphyse pubienne. Dans certains cas difficiles, le toucher rectal permet de refouler l'adénome en haut et de le projeter en avant.

La prostatectomie de Millin est de réalisation plus délicate que le Freyer ; elle nécessite un certain entraînement ; il faut avoir sous la main l'électrocoagulation et un aspirateur. L'incision de la capsule prostatique saigne et le plus sûr moyen d'arrêter cette hémorragie est de suturer cette capsule. Nous sommes d'accord avec Couvelaire pour dire que le Millin ne doit pas être fait avec l'esprit d'escamotage du Freyer, nous parlons de l'énucléation spectaculaire de l'adénome, mais il faut opérer bien et vite.

La qualité de l'opération, qui dure de 20 à 40 minutes, est nécessaire.

Voici les différents temps opératoires :

— incision médiane partant du pubis remontant à quatre travers de doigts ;

— incision de l'aponévrose et écartement des muscles grands droits ;

— mise en place de l'écarteur de Harris le cul-de-sac péritonéal et la vessie sont réclinés vers le haut par une valve s'adaptant sur l'écarteur ;

— mise en place de deux mèches tassées de chaque côté de la prostate et examen du plexus veineux variable dans ses dispositions, ligature des grosses veines avec l'aiguille de boomerang, électrocoagulation des plus petites sur pinces ;

— incision transversale de la capsule sur trois centimètres à un centimètre au-dessous du col, ce qui correspond à la verticale du pubis. La capsule est épaisse et l'incision porte en profondeur jusqu'à la rencontre du tissu adénomateux facilement reconnaissable ; l'hémorragie est importante et l'emploi de l'aspirateur est nécessaire pour assécher le champ opératoire ;

— chaque lèvre de la capsule est repérée par une pince par un catgut ;

— l'amorce du décollement de l'adénome est effectuée latéralement aux ciseaux courbes qui vont sectionner l'urètre au bec de la prostate ;

— écarteur et mèches sont enlevés et l'énucléation se poursuit au doigt ganté avec une extrême facilité, de bas en haut jusqu'à ce que l'adénome ne tienne plus au col vésical dont il est libéré à la compresse et aux ciseaux. Au cours de cette manœuvre de bascule, il arrive de voir quelques pédicules vasculaires car l'adénome est extériorisé ;

— aspiration de la loge, coagulation sur pinces des artères prostatiques qui saignent de cinq à sept heures dans la loge ;

— recherche du col vésical, dilatation avec le spreader, prise de la lèvre postérieure du col, résection cunéiforme aux ciseaux ;

— remise en place de l'écarteur, une sonde urétrale (Nélaton à deux yeux) est introduite dans le canal, traverse la loge prostatique et arrive dans la vessie ;

— fermeture de la loge par suture de la capsule en un ou deux plans, surjet au catgut chromé à l'aiguille boomerang ; mise en place d'un lambeau graisseux prélevé au niveau de l'incision abdominale ;

— fermeture de la paroi sur drain après saupoudrage aux sulfamides ;

— injection de 100 cc. d'eau stérile dans la vessie ; la sonde reste bouchée pendant une heure ; vasectomie bilatérale ;

— pas de lavage vésical, drain et sonde sont enlevés au bout de trois jours.

Couvelaire qui a été un des premiers à réaliser en France cette intervention donnait, en juin 1946, les premières conclusions, à savoir :

— l'opération ne tue pas,

— les opérés guérissent dans un délai plus rapide, plus vite et confortablement,

— la guérison est de bonne qualité.

***

Quels sont les problèmes résolus par le Millin ?

Aucun des inconvénients du Freyer ne subsiste.

1° Ce n'est plus une *opération aveugle.*

La prostatectomie extravésicale respecte toutes les lois de la chirurgie générale. Se faisant à ciel ouvert, elle est une intervention bien réglée avec des temps opératoires déterminés ; le temps suivant est abordé seulement quand le précédent a bien été effectué.

2° Ce n'est plus une *opération sanglante.*

En ce sens que l'intervention terminée, il n'y a plus de sang dans les urines et que 24 heures après les urines redeviennent claires. Certes l'incision de la capsule saigne, d'où la nécessité d'opérer sous aspiration continue ; il est rare d'observer une aspiration de sang supérieure à 500 cc. auquel cas une transfusion serait indiquée.

Mais on voit d'où vient l'hémorragie et on fait une hémostase directe. Si cette hémostase est incomplète, elle est parfaitement réalisée par la suture de la loge, d'où l'intérêt d'opérer assez vite. Le tamponnement et le drainage de la loge sont inutiles.

L'hémostase directe, écrit Couvelaire, apportera dans les suites opératoires un confort insoupçonné pour le physique du patient et pour l'esprit de l'opérateur.

3° Ce n'est plus une *opération septique.*

Les mains de l'opérateur restent dans le champ opératoire aseptique et l'énucléation se fait au doigt ganté. Le doigt rectal n'est pas nécessaire et si dans certains cas il est de quelque utilité, on confiera le toucher rectal à un aide.

Toute l'opération se fait en dehors du milieu vésical souvent infecté. Le seul temps septique, qui ne dure que quelques secondes, est la section de la lèvre postérieure du col ; d'ailleurs, celle-ci terminée, le col se contracte et se ferme.

L'opération étant aseptique, Millin ferme la loge complètement et ne la draine jamais ; Couvelaire y a recours par un petit drain accolé à la sonde urétrale.

Malgré l'absence de dérivation urinaire, la plaie opératoire ne baigne pas au milieu d'une urine septique ; elle n'est au contact de l'urine que par intermittence au cours des mictions. Cibert a même réalisé avec succès une série de Millin chez des malades infectés et fébriles ; les suites ont été simples et apyrétiques.

4° Ce n'est plus une *opération choquante* et cela pour plusieurs raisons :

— absence de manœuvre de force pour énucléer l'adénome ; la main entière pénètre dans la plaie, elle se dirige en toute liberté, l'index n'est pas limité ;

— absence d'hémorragie dans les suites opératoires et absence de caillots qui distendent la vessie ;

— absence de douleur surtout ; s'il est un organe pourvu d'une sensibilité développée, c'est bien la vessie. Les phénomènes de contraction et de spasme sont dus autant à la présence d'un corps étranger, d'un tube hypogastrique par exemple qu'à la distension de ses parois. Or, avec le Millin, on ne touche pas à la vessie, les malades ne la « sentent » pas.

5° Ce n'est plus une *opération aux suites compliquées*, la simplicité des suites opératoires doit être vue pour être crue. Ce confort auquel les malades attachent tant de prix contraste tellement avec les suites du Freyer que le Millin n'aurait que cet intérêt, il mériterait d'être adopté systématiquement.

Pour le Freyer l'adénomectomie n'est rien, les suites sont tout ; pour le Millin au contraire on doit inverser la proposition.

Un drain enlevé le troisième jour, quelques pansements secs, une sonde urétrale à demeure trois jours, sans lavage de vessie, et au bout de ce temps les malades urinent spontanément et peuvent se lever.

Le lever précoce chez les malades âgés permet d'éviter les complications pulmonaires et les troubles circulatoires ; on observe une reprise rapide de l'état général, de l'appétit, du sommeil, et le moral des malades se trouve transformé du jour où ils assistent émerveillés au retour aussi rapide de leur miction.

Les nouveaux problèmes posés par le Millin — les indications de la cystostomie et de la prostatectomie — doivent être envisagés sous un nouveau jour.

1° Il faut revoir les indications de la cystostomie. La cystos-

tomie, premier temps du Freyer, n'exclut pas l'opération de Millin, mais elle la complique ; il faut libérer l'orifice de cystostomie de ses adhérences pariétales et refermer entièrement la vessie.

La cystostomie qui ne fait que compliquer le Millin doit devenir une opération d'exception ; on en a beaucoup abusé :

— par habitude et par esprit de précaution. La guérison en était considérablement retardée et si par malheur il fallait fermer une fistule hypogastrique, on assistait à une opération en quatre temps ; première indication à abandonner. La sonde à demeure dans certains cas représente le premier temps du Millin.

— pour désinfecter les voies urinaires. Mais avec les moyens actuels, à l'exception de volumineux calculs vésicaux, on arrive à désinfecter une vessie sans l'ouvrir, au moyen d'une antisepsie générale (association sulfamide-pénicilline) ou locale (sonde à demeure à double courant, goutte à goutte, instillation de pénicilline, etc.). S'il existe un diverticule vésical, on peut envisager son extirpation par voie extravésicale après semblable antisepsie.

— pour drainer les voies urinaires. Une vessie distendue de caillots était classiquement ouverte, actuellement certains produits d'un emploi récent permettent de les dissoudre et d'aspirer ce sang au moyen d'une seringue ou mieux de l'aspiration continue.

L'avantage majeur de la cystostomie est de drainer les voies urinaires supérieures et si une sonde urétrale bien mise au point fait souvent baisser les azotémies les plus élevées, parfois elle y échoue.

Voici donc l'indication majeure, la seule à notre avis de la cystostomie, azotémie élevée malgré la sonde à demeure et son corollaire, dilatation des voies urinaires supérieures au cours de l'urographie veineuse non améliorée par cette thérapeutique.

Ainsi la cystostomie qui complique le Millin, ennuie les malades, leur donne une vessie douloureuse et leur diminue la capacité vésicale, doit devenir une opération d'exception, au titre de premier temps de la prostatectomie.

2° Il faut revoir les indications de la prostatectomie.

Classiquement l'intervention chirurgicale est nécessaire en présence d'un résidu vésical supérieur à 200 cc. d'urine ou des complications graves de l'adénome. La simplicité du Millin justifie à nos yeux une intervention plus précoce. La prostatectomie devient pour le chirurgien, le personnel hospitalier, le tiers payant, la durée d'hospitalisation, une intervention analogue à une appendicectomie ou une hystérectomie.

Deux autres raisons justifient l'intervention précoce :

— d'une part le processus pathologique évolutif ; toute tumeur abandonnée à elle-même augmente de volume ; une hypertrophie commençante suit une évolution progressive bien connue et tôt ou tard surviendra la rétention d'urine ;

— d'autre part la dégénérescence possible de l'adénome ; l'adénome prostatique suivant les lois de pathologie générale est susceptible de dégénérer comme toutes les tumeurs bénignes de l'organisme. Cette transformation maligne est de l'ordre de 10 à 30 % des cas et si en plus chaque adénome extirpé est examiné systématiquement au microscope, on trouve cette dégénérescence suivant les auteurs dans 5 à 20 % des cas. Cet argument de poids plaide en faveur de l'intervention précoce.

Sont justiciables de la prostatectomie :

— les fonctionnels, dysuriques et pollakiuriques, les besoins incessants d'uriner la nuit amènent l'insomnie et une atteinte de l'état général ;

— les fébriles, il faut faire sauter la bonde que représente l'adénome sous pénicillothérapie ;

— ceux qui ont une atteinte des voies urinaires supérieures, à l'urographie retard d'élimination coïncidant avec une élévation de l'urée sanguine, dilatation de l'arbre pyélo-urétéral ;

— les prostatiques jeunes car ils brûlent les étapes ;

— les adénomes volumineux ;

— les adénomes qui saignent ;

— ceux qui évoluent sur un organisme présentant un état pathologique antérieur et qui risque d'être aggravé par l'adénome.

***

Faut-il enlever l'hypertrophie prostatique aussitôt reconnue ?

Peut-être un jour viendra, écrit Marion, où l'on répondra par l'affirmative à cette question, considérant que plus l'opération est pratiquée de façon précoce, plus les chances de réussite sont grandes.

Nous pensons qu'examinant ce problème sous l'angle nouveau de la prostatectomie extravésicale de Millin, nous devons revoir ses indications et l'envisager d'une façon précoce comme le traitement de choix de la maladie prostatique au même titre que la cure radicale est celui de la hernie.

BIBLIOGRAPHIE

Térence MILLIN : Prostatectomie rétropubienne, une nouvelle technique extravésicale, rapport sur 20 cas. The Lancet 1 déc. 1945.

Térence MILLIN : Association française d'Urologie, octobre 1945, Compte rendu p. 400.

Térence MILLIN : Procedings of the Royal Society of Medicin, Avril 1946, vol . 39, n° 6.

Térence MILLIN : Prostatectomie rétropubienne, *Journal Belge d'Urologie*, août 1946, n° 6.

ABOULKER : Une nouvelle technique de prostatectomie, la prostatectomie rétropubienne de Térence Millin, *Presse médicale*, 4 mai 1946.

CIBERT, PERRIN, CAVAILLER : Prostatectomie rétropubienne, *Société de Chirurgie de Lyon*, 7 novembre 1946.

CIBERT, PERRIN, COLLENET : La prostatectomie de Mellin chez les infectés, *Société Française d'Urologie*, 18 novembre 1946.

COUVELAIRE : Notes préliminaires sur la technique et les indications de l'adénomectomie prostatique par voie sus et rétropubienne extravésicale (opération de Millin). *Société Française d'Urologie*, 17 juin 1946.

COUVELAIRE : Autres remarques sur la technique et les indications de l'adénomectomie prostatique par voie sus et rétropubienne extravésicale. *Société Française d'Urologie*, 17 février 1947.

DUVERGEY Henry : La Prostatectomie de Térence Millin, résultat d'un malade opéré il y a six mois. Société anatomoclinique, Bordeaux, 3 février 1947.

DUVERGEY Henry : Prostatectomie de Térence Millin, opération d'avenir. Soc. chirurgie de Bordeaux, 6 février 1947.

DUVERGEY Henry : La Prostatectomie à la croisée des chemins, *Journal de Médecine de Bordeaux*, mars 1947.

GIRONCOLI : La Prostatectomie rétropubienne selon Millin, *Urologia*, août 1946.

WASTERLAIN : Mes premières prostatectomies rétropubiennes, *Journal Belge d'Urologie*, août 1946.

Les aérosols sulfurés à Luchon

par le Dr Guy DUTECH,
Médecin consultant à Luchon

La thérapeutique des affections respiratoires vient de faire un progrès sensible par la vulgarisation des Aérosols et leurs applications thermales. La thérapeutique par les aérosols est l'une des dernières nées et le succès avec lequel elle s'est développée permet tous les espoirs.

En réalité si la fabrication des Aérosols et leurs propriétés mécaniques étaient déjà connues avant la guerre, l'extension à la thérapeutique en est récente. Elle vient seulement de recevoir sa consécration officielle aux Journées thérapeutiques de Paris, dont la journée du 1er octobre 1946 fut consacrée aux Aérosols, aussi bien médicamenteux que thermaux (1).

Nous n'avons pas à envisager ici la production des microbrouillards ni leurs propriétés mécaniques. De même nous n'envisagerons pas les aérosols médicamenteux. Seule nous intéresse la thérapeutique par les aérosols thermaux dont Luchon est la première et unique station en France à s'équiper. Seule la station de Spa, en Belgique, nous a précédés en Europe et aucune autre ne nous a encore rattrapés.

Tout d'abord quelques mots de notre outillage : l'Etablissement Thermal de Luchon possède une salle d'Aérosols de 17 appareils individuels, brevet Duffour et Igon. Il s'agit d'appareils cylindriques dont il ne nous est pas permis de décrire le mécanisme intérieur. L'extérieur mesure environ 60 cm. de haut et 25 cm. de diamètre.

(1) Cf. *Gazette des Hôpitaux*, 9 novembre 1946, p. 498.

A la partie inférieure arrivent deux canalisations de duralumin, l'une amenant l'air comprimé sous deux kilos de pression par cm², l'autre amenant l'eau sulfurée sodique. A la partie supérieure, une vitre de rhodoïd permet de contrôler la production du micro-brouillard éclairé par une ampoule électrique de faible puissance. Un tube de caoutchouc souple relié à un masque à gaz, qui doit être étroitement appliqué sur le visage, complète l'installation.

La Thérapeutique par les Aérosols sulfurés a fait ses débuts en grand à Luchon, en juillet 1946. Nous ne disposions jusque-là que d'un appareil d'expérimentation en dehors de l'Etablissement Thermal. Les travaux qui y furent faits au printemps à la suite de la visite du professeur Dautrebande, de Liége, s'étaient avérés intéressants et nous avaient fourni des bases de départ assez précises : il était avéré que les Aérosols sulfurés se rangeaient dans la catégorie des Broncho-Dilatateurs avec des résultats sensiblement comparables à ceux de l'Aleudrine par exemple.

A partir de ces données expérimentales, nous avons envoyé nos malades respiratoires à la salle d'Aérosols Thermaux dès qu'elle nous fut livrée, en juillet. Au total, pour mon compte personnel, j'ai traité environ cinquante malades des voies respiratoires par les Aérosols cet été.

En gros, on peut les classer en trois catégories :

1° Les Dyspnéiques, soit par asthme bronchique pur, avec crises spasmodiques, soit les anhélants plus ou moins permanents, c'est-à-dire emphysémateux avec asthme intriqué.

2° Les Catarrhes chroniques des voies respiratoires, sans essoufflement, du type trachéo-bronchite chronique.

3° Les Suppurations broncho-pulmonaires chroniques, du type bronchectasie.

Nous dirons d'ores et déjà que les résultats obtenus ont été en décroissant de valeur avec les catégories de malades que nous venons d'énumérer.

Tout d'abord, les anhélants : pour ceux-ci, en règle générale, les résultats ont été excellents, et parfois même de véritables succès : la caractéristique de l'Aérosol sulfuré est la rapidité de son action : celle-ci a même parfois un caractère spectaculaire. Sous les yeux du médecin, le dyspnéique voit son essoufflement décroître pour arriver à la normale au bout de cinq à dix minutes.

Je n'ai pas hésité à faire faire à mes clients des séances de dix minutes dès que les premiers résultats furent acquis, et alors qu'au début je ne prescrivais les Aérosols qu'à jour passé, qu'avec un humage intercalé, rapidement certains de mes clients firent leur séance quotidienne de 10 minutes sans fatigue.

Voici un résumé d'un certain nombre d'observations que nous comptons publier prochainement : dès la première séance l'essoufflement disparaît et l'effet peut durer plusieurs heures. L'exemple le plus frappant est celui-ci : la salle des Aérosols est située au premier étage de l'Etablissement thermal et l'on y accède par un escalier pénible à monter pour certains dyspnéiques. Ceux-ci étaient souvent obligés de sortir leur petit pulvérisateur de poche du type Dyspné Inhal, afin de pouvoir y arriver. Après quelques séances ces malades s'amusaient à monter et descendre cet escalier presque sans effort pour se convaincre eux-mêmes.

Aussitôt après la séance d'Aérosols, l'essouflé se sent en effet soulagé : son nez lui paraît plus perméable, la respiration est ralentie et plus silencieuse, un effort est devenu possible, tel qu'une longue marche ou un escalier à gravir.

Au bout de 10 séances au moins, la capacité respiratoire totale a augmenté : en général de 200 à 500 centilitres de plus. Donc, pour la première catégorie de nos malades, nous obtenons : un rythme respiratoire abaissé immédiatement, même chez un asthmatique en pleine crise, puis en quelques séances, l'effet d'abord passager devient durable, en même temps que la capacité respiratoire du sujet, contrôlée au spiromètre, augmente.

La rapidité de l'action de l'Aérosolisation prouve bien que l'épithélium pulmonaire n'est plus une barrière entre l'air et le sang ne pouvant être franchie par un médicament. La voie aérienne correspond donc à une véritable injection intra-artérielle ou intra-cardiaque.

Pour la deuxième catégorie de nos clients respiratoires, catarrhes anciens des voies respiratoires, non essoufflés, l'action de l'Aérosol est beaucoup moindre, tout en étant cependant plus rapide que celle du humage.

Je dois avouer n'avoir pas osé la plupart du temps chez ceux-ci me servir uniquement de l'Aérosol, sauf pendant quelques jours et avec le consentement de mon client, souvent heureux de tenter un nouveau traitement en même temps qu'une expérience. Presque toujours, j'ai associé ici humages et Aérosols, ce qui paraît être l'idéal à venir.

Enfin pour la troisième et dernière catégorie, les suppurations broncho-pulmonaires du type bronchectasie, j'estime qu'il est un peu prématuré de donner des précisions.

Chez les jeunes, le résultat est certainement bon ; j'en ai vu trois cas dont j'attends des nouvelles cet hiver avec impatience. Chez les adultes, par contre, les résultats ont été variables : certains en ont été fort satisfaits, d'autres au contraire supportaient difficilement le traitement et j'ai dû réduire le nombre et la durée des séances.

Pour dégager une vue d'ensemble dans le traitement des bronchectasies et abcès du poumon, j'estime nécessaire d'attendre l'an prochain pour avoir revu quelques-uns de nos malades et constater le résultat éloigné.

Avant de terminer, je veux dire un mot du traitement des sinusites par les Aérosols sulfurés : la pénétration des particules électrisées positivement est certainement supérieure à celle de la vapeur naturelle et les résultats que nous avons observés ont été bons. En oto-rhino-laryngologie, aussi bien qu'en thérapeutique respiratoire les aérosols paraissent un traitement d'avenir, mais là aussi il nous faut attendre l'an prochain pour juger avec plus de certitude.

Nous avons observé peu de réactions générales après des séances d'aérosolisation. La baisse de la tension artérielle que nous redoutions n'a pas été plus importante qu'avec les humages. Par ailleurs quelques céphalées ont pu être observées après des séances prolongées, ainsi que quelques vertiges. Ces réactions sont absolument négligeables en pratique.

En conclusion, les Aérosols paraissent à Luchon une arme thérapeutique nouvelle, efficace et pleine d'avenir. Il nous manque encore cependant le recul du temps pour en juger avec certitude. Nous tenons un résultat immédiat, certes remarquable, mais nous ne savons pas encore ce que sera le résultat éloigné.

Mais d'ores et déjà la Thérapeutique par les Aérosols Sulfurés à Luchon a fait une course brillante et aura une large place à l'avenir dans le traitement moderne des affections respiratoires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 mars 1947

Accidents graves post-vaccinaux. — M. Costedoat a fait une étude des décès survenus de 1936 à juin 1940 dans l'armée française, à la suite d'injections de vaccin antityphoparatyphoïdique associé ou non à du vaccin antitétanique. Il a recherché la cause des accidents survenus : moins d'un décès sur 100.000 injections. Certains décès n'ont suivi l'injection que de quelques heures. Des symptômes d'atteinte cérébrale (ramollissement, hémorragie) n'ont été notés que dans quelques cas ; la mort est survenue alors en un ou deux jours.

La rareté des accidents ne doit pas faire négliger un examen attentif des vaccinés : les malades, les alcooliques chroniques, les sujets fatigués ou en état d'ivresse, les sujets âgés sont à écarter. Il faut noter enfin que le fractionnement de la dose initiale ne protège pas contre les accidents.

De la discussion qui a suivi, il faut retenir que s'il y a des accidents, ils sont fort rares et qu'il ne faut pas laisser se répandre dans le public la notion de défaillance possible d'un vaccin qui a permis d'éviter ou d'arrêter tant d'épidémies.

Syndrome de Guillain-Thaon consécutif à une hémorragie méningée récurrentielle. — MM. Robert Raynaud, Aubin et Pegullo (Alger). — L'accident méningé ne représente, dans le cas apporté par les auteurs, qu'un facteur révélateur d'une neurosyphilis latente jusque-là.

L'influence du cycle menstruel sur les troubles fonctionnels des cardiaques. — MM. Lenègre et Coblentz apportent un travail basé sur 74 observations concernant notamment des mitrales, qui montre une recrudescence périodique et menstruelle des troubles fonctionnels circulatoires. Les accidents se répètent en

général à la fin du cycle, un peu avant les règles. Ils sont dominés par la dyspnée et peuvent réaliser des crises d'œdème pulmonaire aigu ou des hémoptysies. Ils coïncident souvent avec d'autres troubles extracardiaques attribués à l'hyperfolliniculie, en particulier avec l'augmentation prémenstruelle du poids corporel. La grossesse est particulièrement inopportune chez les malades dont l'équilibre circulatoire est sérieusement troublé par l'approche des règles.

Les nodules hypodermiques de la périartérite noueuse et les lésions artériolaires viscérales. — M. P. Nicaud, — Les lésions cutanées sont un des éléments de la maladie de Küssmaul, elles consistent en nodules hypodermiques constitués par des artérioles, mais il existe également des lésions des artérioles viscérales. Dans les formes aiguës on peut les retrouver sur toute la muqueuse digestive, et aussi dans la rate, dans le rein et au niveau des artères coronaires. Enfin on peut en reconnaître au niveau des artères méningées, cérébrales, bulbaires, cérébelleuses, médullaires, radiculaires et nerveuses, de même que dans les ganglions spinaux. Il existe enfin des formes viscérales pures avec absence complète d'éléments cutanés et muqueux.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 18 mars 1947

Polyarthrite chronique déformante et ankylosante chez une enfant de 14 ans. Irido-choroïdite et cataracte. — MM. M. Lamy Mlle Jammet et M. Aussanaire présentent une enfant atteinte de rhumatisme chronique se distinguant de la maladie de Still par l'absence d'adénopathies et de splénomégalie, l'apyrexie et l'intégrité de la peau. Ce syndrome se complique plus souvent de troubles oculaires que la maladie de Still. Aucune thérapeutique n'a encore été efficace.

Péricardite calcifiante. — MM. R. Debré, Mande et Nouaille présentent une enfant atteinte de péricardite calcifiante nettement visible sur les radiographies et accompagnée d'augmentation progressive de l'ombre cardiaque. Le traitement digitalique a amené une amélioration des symptômes et ils n'envisagent actuellement pas d'intervention chirurgicale. L'étiologie reste inconnue, avec possibilité d'origine tuberculeuse.

Excès de scarifications B. C. G. chez un nourrisson. Adénite considérable. — M. Blechmann. — Présentation de l'enfant sur le bras duquel on voit 14 traces de scarifications.

Méningite otogène à pneumocoques et pénicilline. — M. Bourdeau (de Poitiers) rapporte cette observation remarquable par la venue de plusieurs récidives qui ont cessé après évidement pétro-mastoïdien.

Evolution biologique et clinique d'un cas d'apoplexie séreuse du nourrisson à l'âge de 10 mois en cours de sulfarsenothérapie. — M. G. Lefebvre a vu, au cours d'un traitement prudent et bien conduit, une apoplexie séreuse accompagnée de modifications biologiques importantes du L. C. R. soustrait en quantité notable par ponction sous-occipitale.

A propos d'une observation anatomo-clinique de « purpura fulminans ». — MM. C. Launay, Chadoutaud et d'Œlsnitz rapportent l'observation d'un nourrisson de 7 mois mort en six heures, de *purpura fulminans*. La ponction lombaire avait ramené un liquide clair, mais fourmillant de pneumocoques à la culture. A l'autopsie, ils ont noté trois points particuliers ; un volumineux thymus pesant 60 grammes, des adénopathies abdominales et mésentériques et un hématome surrénal.

Péricardite séro-fibrineuse curable au cours d'une primo-infection tuberculeuse. — MM. C. Launay et Chadoutaud ont vu survenir trois mois après un épisode fébrile avec virage de la cuti-réaction chez un enfant de 6 ans une péricardite séro-fibrineuse qui a évolué en trois semaines vers la guérison.

Gangrène des extrémités chez un nourrisson. — MM. Marquézy et Bœsvilwald ont vu apparaître chez un nourrisson normal de 24 jours une gangrène sèche limitée des trois derniers doigts de la main droite et des gros orteils, sans phase d'ischémie préalable. La guérison fut obtenue en 25 jours sans aucune mutilation par association de Priscol et d'injections de pénicilline. La pathogénie de ce cas reste mystérieuse.

Emphysème bulleux congénital avec pneumothorax bilatéral. — Mlle Grumbach, MM. Lévy et Duhamel rapportent l'observation d'un nourrisson de 20 mois atteint en octobre 1946 d'un pneumothorax droit avec cuti et intra-dermo négatives amélioré progressivement à la suite de ponctions évacuatrices. Cet enfant succomba rapidement à la suite de la constitution d'un pneumothorax gauche au cours d'un épisode aigu fébrile. L'autopsie révéla la pullulation sur les poumons, de nombreuses bulles d'emphysème. Ils discutent la pathogénie de ce cas.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

Séance du 10 janvier 1947

Précardialgies et périarthrite scapulo-humérale gauche. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant et A. Pineau. — Douleurs précordiales avec irradiations dans le membre supérieur gauche, qui se sont accompagnées, alors qu'elles devenaient plus fréquentes, d'une périarthrite scapulo-humérale gauche. Surcharge pithiatique, tracé électrique au décours d'une crise absolument normale. Disparition des crises précordiales par la psychothérapie et 0 gr. 05 de gardénal par jour, persistance de la raideur de l'épaule.

Arthropathies neuro-végétatives. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant et A. Pineau en rapportent trois observations : première, périarthrite scapulo-humérale et arthropathies digitales gauches associées à un œdème trophique du membre inférieur correspondant, secondaires à un électro-choc ; deuxième : périarthrite scapulo-humérale et arthropaties digitales bilatérales, suite d'une chute sur les poignets ; troisième : syndrome extenso-progressif avec périarthrite scapulo-humérale et rétraction de l'aponévrose palmaire droite, apparu après un panaris du pouce. L'origine neuro-végétative est appuyée sur les conditions d'apparition, l'évolution et les signes cliniques associés. Les auteurs rapprochent les arthropathies digitales de la périarthrite scapulo-humérale, bien souvent secondaire ou associée à des perturbations neuro-végétatives, et signalant l'analogie qui existe entre les déformations digitales observées chez ces malades et celles que l'on constate au cours de polyarthrites chroniques évolutives.

Astrocytome préfrontal droit. Etude des crises convulsives et des signes homolatéraux. — MM. L. Rimbaud, P. Passouant, Cl. Gros et A. Pineau isolent deux types de crise : les unes jacksoniennes et controlatérales dues à l'irritation du pied de la frontale ascendante ; les autres limitées à un mouvement de rotation de la tête et des yeux, d'abord du côté opposé à la lésion (durée une seconde), puis du côté de la néoformation (durée 2 à 3 minutes), et laissant supposer une irritation de l'aire 8. Syndrome homolatéral discret, clonus du pied et abolition des réflexes cutanés abdominaux du même côté, mis sur le compte de la poussée hypertensive associée.

Les syndromes d'ictère mécanique par hépatite. — MM. MM. L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant et A. Pineau décrivent à propos de quatre observations, une forme chronique d'hépatite caractérisée chimiquement par un ictère du type obstructif avec décoloration persistante des selles. Le foie est gros et dur. Il n'existe ni splénomégalie, ni syndrome d'hypertension portale ou d'insuffisance hépatique manifestes, ni manifestation infectieuse. L'évolution est favorable dans un avenir immédiat. Le diagnostic, difficile, car on pense surtout à une obstruction calculeuse des voies biliaires, repose sur la clinique, l'exploration fonctionnelle et la ponction-biopsie du foie. L'image histologique est celle d'une sclérose hépatique sans grands signes inflammatoires et sans altérations notables de cellules parenchymateuses. Il s'agit donc d'*hépatites chroniques ictérigènes pures* qui méritent une place à part dans le cadre d'attente des cirrhoses dites biliaires.

Encéphalose sulfamidée à forme comateuse, et secondairement cachectisante et nécrotique. — MM. RIMBAUD, H. SERRE, A. VEDEL et G. VALLAT. — Les auteurs, après avoir soulevé certaines hypothèses sur le mécanisme de production de cet accident encéphalique mortel, soulignent le caractère presque uniquement « végétatif » du syndrome ainsi réalisé par les sulfamides, qui paraît avoir réalisé une véritable « encéphalose à forme hypothalamique prédominante ».

Erythrodermie aurique puis sulfamidée récidivante. — MM. RIMBAUD, A. VEDEL et G. VALAT ont vu se succéder, chez une même malade, une érythrodermie aurique grave à forme vésiculo-œdémateuse et des accidents cutanés du même type qui se sont manifestés à trois reprises, à la suite de traitements sulfamidés toujours modérés et de plus en plus réduits. Il existe donc, à côté des grandes érythrodermies toxiques (arsenicale, aurique, mercurielles), une érythrodermie par les sulfamides, ces derniers pouvant aggraver toute érythrodermie d'une autre nature traitée par leurs dérivés ou, le cas échéant, la créer de toutes pièces. En raison de l'action favorable de la pénicillothérapie sur l'érythrodermie, il paraît indiqué, dans le traitement de cette dernière, de substituer la pénicilline aux sulfamides, toujours susceptibles de la déclencher.

Septicémie à pneumo-bacille de Friedlander. Traitement pénicilline sulfamide. Guérison. — MM. J. BOUCOMONT, D. BRUNEL et Ch. RIGOULET.

Tétanos ombilical du nouveau-né. — MM. J. BOUCOMONT et H. LATOUR.

A propos du « syndrome toxi-infectieux épidémique du nouveau-né ». — MM. J. GAUJOUX et J. CHAPTAL ont observé 33 cas de ce syndrome — signalé en Europe par Lust et Nelis (de Bruxelles) — dans une crèche, une maternité et une clinique d'une ville du Midi et en trois vagues épidémiques. L'âge moyen des nouveaux-nés était de 13 jours. Le syndrome toxi-infectieux grave avec déshydratation intense a provoqué la mort dans 82 % des cas, malgré des thérapeutiques actives. Si l'expression symptomatique d'altération neuro-végétative rapproche ce syndrome des états de toxicose du nourrisson plus âgé, il s'en sépare nettement par les conditions d'apparition ; éclosion épidémique en foyers successifs et apparition vers le 12e ou 13e jour de la vie.

Méningite à bacilles de Pfeiffer chez un nouveau-né au premier jour de la vie. — MM. J. CHAPTAL et REY.

Anurie récidivante plurimédicamenteuse. — M. A. VEDEL a oberver, chez une femme sans aucun passé rénal, le déclenchement de trois accidents anuriques, avec douleurs lombaires gauches, s'étageant sur un an et demi, et successivement provoqués par la prise de thiazomide, puis de doses très modérées de calomel-santonine et d'acide phényl-quinoléïne-carbonique. Il paraît s'agir chez cette malade, après une fragilisation par les sulfamides, d'un véritable phénomène d' « intolérance rénale » à des médicaments multiples, administrés à doses infra-toxiques.

SÉANCE DU 24 JANVIER 1947

Séance médico-chirurgicale consacrée à la Novocaïne intraveineuse en thérapeutique

La novocaïne intraveineuse en thérapeutique chirurgicale. — M. CAMPO, rapporteur, décrit la technique et envisage le mode d'action de cette méthode thérapeutique et en expose les indications chirurgicales.

La novocaïne intraveineuse en thérapeutique médicale. M. A. VEDEL, rapporteur, en passe en revue les nombreuses applications, en insistant sur les plus importantes, qui paraissent être les dyspnées et les toxicoses du nourrisson.

La novocaïne intraveineuse dans les traumatismes craniens. — M. COURTY, se basant sur une douzaine de cas, estime que les injections intraveineuses de novocaïne ne doivent pas être utilisées, du moins au début de leur évolution, dans les traumatismes craniens graves qui comportent des lésions organiques (contusions, hémorragies) risquant d'en être aggravées. Les résultats en sont en principe excellents dans les commotions cérébrales légères et dans les séquelles du même ordre symptomatique des cas graves. Elles agissent vraisemblablement sur l'œdème cérébral. Dans les céphalées après rachianesthésie la méthode ne donne que des améliorations passagères ou des échecs alors que ces céphalées, le plus souvent accompagnées d'hypotension du L. C. R., guérissent d'une manière parfaite par l'eau distillée intraveineuse à doses très fortes (20 à 40 cm³).

Action des injections intraveineuses de novocaïne ou d'acide para-amino-benzoïque sur les cavernes « inertes » ou « ballonnées ». — MM. J. VIDAL, CARABALONA et CONSTANTIN enregistrent deux succès sur sept cas, mais ils pensent que, si les résultats n'ont pas été plus démonstratifs, c'est que les indications thérapeutiques n'étaient pas toujours correctes, ainsi qu'a permis de le constater le contrôle pleuroscopique, et que, d'autre part, la posologie était souvent insuffisante en raison des difficultés rencontrées pour se procurer du para-amino-benzoate de soude.

Hypertension artérielle passagère provoquée par injection intraveineuse de novocaïne. — MM. J. VIDAL et CARABALONA ont observé chez deux malades atteints de tuberculose pulmonaire avec caverne inerte malgré la collapsothérapie et traités, de ce fait, par injections intraveineuses de novocaïne, une hypertension artérielle notable provoquée par cette thérapeutique.

La novocaïnisation intraveineuse en dermatosyphiligraphie. — MM. J. MARGAROT et P. RIMBAUD rappellent tout d'abord les tentatives de novocaïnisation contre les prurits, les eczémas, les ulcères variqueux. Les résultats sont en général très médiocres. Par contre cette méthode paraît efficace dans la prévention des accidents d'intolérance au novarsenobenzol (2 cas récents rapportés par les auteurs).

La novocaïne intraveineuse dans les crises gastriques du tabès. — MM. H. SERRE, P. PASSOUANT et A. BORIES-AZEAU ont obtenu par cette méthode la sédation instantanée, au cinquième jour, d'une crise gastrique ayant jusque-là résisté, comme les cinq autres crises antérieurement présentées, à toutes les thérapeutiques (atropine intraveineuse, dolosal, etc.).

ANALYSES

Innocuité des transfusions sanguines itératives. — A. HUSTIN. *Le Scalpel, journal belge des sciences médicales*, n° 3, 18 janvier 1947, p. 45.

Dès 1940, rappelle M. le professeur Hustin (de Bruxelles). Wiener et Peters ont avancé que les transfusions itératives étaient, plus souvent que les transfusions simples, suivies d'accidents hémolytiques. Ils attribuaient cette plus grande fréquence à l'intervention du facteur Rh dans le sang des donneurs.

Peu de temps avant, Landsteiner et Wiener avaient découvert dans le sang de 85 % des êtres humains une substance décelée dans le sang du singe Rhésus (Rh). Ils avaient montré qu'une injection de sang humain contenant le facteur Rh à un homme dont le sang n'en contient pas amenait chez cet homme la formation d'anti-corps, anti-Rhésus. Lors d'une nouvelle injection d'un sang renfermant l'antigène Rhésus, on voyait apparaître des accidents du type anaphylactique et très fréquemment de l'hémolyse. D'où la nécessité de prendre des précautions dont la complication aurait été une gêne considérable pour les centres de transfusion.

M. Hustin a recherché si les transfusions itératives faites à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, sans tenir compte du facteur Rh étaient suivies d'incidents plus nombreux que les transfusions initiales faites chez les mêmes malades.

Il a donc procédé de 1942 à 1944, à 3.881 transfusions, dont 1.157 transfusions itératives sur 485 malades.

De ces recherches l'auteur tire les conclusions suivantes :

« 1° Les incidents qui suivent les transfusions itératives (11,5 %) ne sont pas plus fréquents que ceux qui suivent les premières transfusions (11,3 %) et cela chez les mêmes malades ;

« 2° Le nombre d'incidents qui accompagnent les transfusions itératives est plus élevé, si la transfusion initiale a été accompagnée d'incidents (14,8 %), que si la transfusion initiale s'est déroulée sans symptômes anormaux (11,1 %).

« On dirait que les chocs transfusionnels, même très légers,





CHLORO·CALCION

Une forme spéciale de l'acide pantothénique, vitamine du complexe B.
Le

Bépanthène
"Roche"
(Panthénol)

est indispensable à la physiologie normale des tissus épithéliaux, dont il accroît la résistance aux infections.

TUBE DIGESTIF ET FOIE, PEAU, MUQUEUSE, SYSTÈME PILEUX, VOIES RESPIRATOIRES

Comprimés
Ampoules



PRODUITS "ROCHE" S.A. 10, rue Crillon, PARIS 4e

SULFAMIDE POLYVALENT
FACILEMENT TOLÉRÉ PAR L'ORGANISME

THIAZOMIDE

2090 R.P. SULFATHIAZOL
Tube de 20 comprimés à 0g50
DOSE JOURNALIÈRE INITIALE 4 à 8 GRAMMES

GONOCOCCIES
COLIBACILLOSES
PNEUMOCOCCIES
MÉNINGOCOCCIES
STREPTOCOCCIES
STAPHYLOCOCCIES

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
POULENC FRÈRES — USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8e

troublent au moins pendant un certain temps, la stabilité du plasma sanguin.

« Au point de vue pratique, il n'y a donc pas lieu, à notre avis, de tenir compte, lors des transfusions itératives, du facteur Rh, sauf dans les cas d'érythroblastose. » L.

Contribution à l'étude des sténoses laryngées de l'enfance. — Dr Lemaire. *Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie.* 67 année, n° 8, octobre 1946, p. 579, 627. Bibliographie.

Dans cet important travail où il rapporte sept observations provenant du service du Pr Portmann, Lemaire reprend l'ensemble de la question des sténoses laryngées et en fait une excellente mise au point.

Les sténoses laryngées reconnaissent quatre origines : congénitales, post-traumatiques, post-inflammatoires et post-opératoires, ces deux dernières causes s'associant souvent pour déterminer la constitution de la sténose.

La forme et l'étendue des sténoses les font distinguer en sténoses circulaires et sténoses tubulaires, totales ou subtotales. Cliniquement l'atteinte du larynx se traduit par des troubles respiratoires (dyspnée, toux) et phonatoires plus ou moins accentués. La laryngoscopie indirecte, et mieux directe, la radiographie permettent de reconnaître la forme de la sténose et de lui appliquer le traitement qu'il convient. L'auteur insiste sur l'importance du traitement prophylactique, en particulier en ce qui concerne la diphtérie, grande pourvoyeuse de sténose laryngée chez l'enfant ; le tubage ne doit être fait qu'à bon escient et juste le temps nécessaire.

Le traitement actuel de toute sténose laryngée tant soit peu sérieuse relève de la laryngostomie suivie de dilatation progressive, opération dont Lemaire décrit avec précision la technique.

Le résultat respiratoire est excellent ; le résultat phonatoire varie suivant le cas ; chez l'enfant les soins post-opératoires nécessitent des soins minutieux et patients.

M. L. S.

Sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu. — M. Hodanger (*Soc. Médico-Chirurgicale des Hôp. Lib.*) Séance *régionale de Dreux*, 24 novembre 1946.

L'auteur qui, au cours de ces dix-sept dernières années a utilisé systématiquement la Cardio-streptine chez plus de deux cents malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, n'a enregistré que deux échecs. Encore s'agissait-il de malades insuffisamment traités ou ne « s'étant pas vaccinés ».

Chez tous les autres rhumatisants qui ont reçu annuellement quatre injections de vaccin, M. Hodanger constate avec une grande régularité :

1° Qu'ils n'ont jamais refait la moindre poussée de rhumatisme ;

2° Que les lésions cardiaques, si elles existaient au début, ne se sont jamais aggravées ;

3° Que certains souffles systoliques, apparus primitivement chez des malades jeunes, au cours de leur atteinte rhumatismale, avaient totalement disparu, ou s'étaient très atténués.

N.

Les dislocations congénitales du genou (genu recurvatum, subluxation, luxation). J. Leveuf (Paris) et C. Païs (Bologne). *Revue d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur*, t. 32, n° 6. Novembre-décembre 1946, pp. 313-350, 23 fig.

A propos de 5 cas nouveaux, les auteurs reprennent dans son entier l'histoire de cette malformation. Ils en distinguent trois degrés bien distincts l'un de l'autre : 1° le *genu recurvatum* congénital dans lequel le contact articulaire reste complet ; 2° la subluxation congénitale dans laquelle l'épiphyse tibiale déplacée en avant n'est plus en rapport avec la trochlée fémorale que par sa partie postérieure ; 3° la luxation complète dans laquelle l'épiphyse tibiale a perdu tout contact avec l'extrémité inférieure du fémur.

La description clinique, l'étude radiographique et arthrographique montrent bien la différenciation de ces degrés de la malformation. Les constatations opératoires montrent que ces degrés présentent une similitude avec ceux des dysplasies de la hanche ; subluxation et luxation congénitale de la hanche.

L'examen des fragments de quadriceps prélevés montre une sclérose interstitielle avec très légère dégénérescence musculaire et thromboses vasculaires.

L'association avec d'autres malformations congénitales est très fréquente : 20 % de luxations de la hanche, 10 % de pieds bots.

Le traitement varie naturellement selon la variété à laquelle on a affaire. Le traitement orthopédique, immobilisation du genou fléchi dans un plâtre, amène toujours la guérison du *recurvatum* congénital. Dans la subluxation et la luxation, la réduction sous anesthésie générale peut être tentée — et sera suivie d'immobilisation plâtrée en flexion — mais, surtout s'il y a luxation, elle a peu de chances de succès. La réduction sanglante s'impose, avec allongement du tendon du quadriceps et, s'il est nécessaire, du tendon rotulien avec dédoublement de la rotule. Une capsulotomie avec ablation des tissus interposés est souvent nécessaire, parfois même la section partielle des ligaments latéraux, pour pouvoir obtenir la réduction. Les résultats tant du traitement orthopédique que du traitement chirurgical sont très encourageants — 66 guérisons, 7 améliorations sur 79 cas.

M. L.

Du problème de l'adaptation de la peau aux rayons U. V. M. Schwarzwald (Zagreb) (*Lijecnicki Ujesnick*, décembre 1946).

La peau du fait de la pigmentation, de l'épaississement de la couche cornée et du fait de la diminution de la réaction histaminique acquiert une résistance à l'action des U. U.

La cause de l'épaississement n'influe pas sur ce pouvoir de résistance ; la diminution de la réaction histaminique semble due à la diminution de la perméabilité des capillaires.

Ces trois facteurs de résistance peuvent, chacun pour leur compte, être le résultat des U. V. eux-mêmes.

Mais l'adaptation de la peau ne se produit que pour une dose de rayons déterminée ; des doses plus fortes trouvent la peau partiellement sensible.

R. L.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Elections au Conseil d'administration de la Caisse Centrale des Allocations familiales de la région parisienne

24 avril 1947

Travailleurs indépendants,
Commerçants, Artisans,

Voulez-vous être défendus?... Voulez-vous l'amélioration de vos allocations familiales?

Votez pour la liste d'union familiale interprofessionnelle des artisans, commerçants et professions libérales.

Nous voulons une gestion aussi humaine et aussi simplifiée que possible, servir rapidement et sans formalité inutile.

Nous voulons des prestations supplémentaires pour nos familles avec les budgets sociaux (et non des Administrations coûteuses), des prestations supplémentaires pour les orphelins, des services pratiques pour nos familles (vacances en famille, raccommodage, auxiliaires familiales).

Votez pour la liste d'Union familiale interprofessionnelle des artisans, des commerçants et des professions libérales, établie en accord avec les organisations familiales et professionnelles de la Seine et de la Seine-et-Oise.

Les Fédérations des Associations de familles de la Seine et de la Seine-et-Oise. — La Confédération des petites et moyennes entreprises. — Le Comité national de liaison et d'action des classes moyennes. — La Fédération nationale des travailleurs indépendants. — **La Chambre syndicale des médecins de la Seine. — Médecine et famille.** — L'Ordre des avocats. — La Confédération générale des travailleurs intellectuels. — La Confédération générale de l'artisanat français. — La Confédération française de l'artisanat. — Le Comité de coordination de la défense artisanale.

M. Guignebourg, Marcel : Maître artisan (cycles), père de 6 enfants, prés. de l'Association générale de familles d'Argenteuil.

M. Milleret, Pierre : Epicier, père de 6 enfants, administrateur du Syndicat professionnel des épiciers au détail, administrateur sortant, membre de la commission administrative de l'Union nationale des caisses d'allocations familiales.

M. Nicole, André : Masseur médical, père de 3 enfants, président de la Fédération gén. des kinésithérapeutes et pédicures médicaux, administrateur sortant.

M. Renaudeaux, Maurice, Dr en médecine, père de 3 enfants, prés. de la Fédération des Associations gén. de familles de la Seine, administrateur sortant, vice-prés. de l'Union Nat. des caisses d'allocations familiales, membre du Conseil Sup. des allocations familiales.

M. Derible, Jean : Marchand de poissons, père de 3 enfants, administrateur de la Mutuelle de l'Alimentation.

M. Gaultier, Jean : Avocat à la Cour d'appel de Paris, père de 7 enfants, secrétaire général de « La plus grande famille ».

M. Gedement, Albert : Expert comptable, père de 2 enfants, membre des A. G. F. 10e.

M. Gruslin, Firmin : Débitant de boissons, père de 5 enfants, membre de « La plus grande famille », administrateur de la Mutuelle de l'Alimentation.

M. Rebouleau, Lucien : Membre de l'Ass. gén. de famille de Villemomble, père de 5 enfants mineurs.

COURS

Cours complémentaire sur la Nutrition

(Fin. Voir « Gaz. Hôp., » n° 15, p. 214)

Programme et horaire des leçons

Série des cours de la Pitié (du 2 au 6 juin)

Ces cours auront lieu à l'amphithéâtre des cours de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital, Paris (13e). Métro Hôpital.

Lundi 2 juin 1947. — 10 heures du matin : Prof. agrégé Boulin. La conception simple et pratique du diabète sucré. Le traitement par le régime et les diverses insulines. — 20 h. 45 : Prof. agrégé Boulin. Les acquisitions cliniques nouvelles sur le coma diabétique. — 21 h. 30 : Prof. agrégé Boulin. Les acquisitions thérapeutiques nouvelles sur le coma diabétique.

Mardi 3 juin 1947. — 10 heures du matin : Dr Servelle. Les acquisitions cliniques et thérapeutiques nouvelles sur les artérites et les gangrènes artéritiques chez les diabétiques. — 20 h. 45 : Dr Lelong. Le traitement des infections chez les diabétiques par le régime, l'insuline, les sulfamides et la pénicilline. — 21 h. 30 : Dr Bour. La tuberculose pulmonaire chez les diabétiques.

Mercredi 4 juin 1947. — 10 heures du matin. — Dr Ducas. Le diabète infantile. — 20 h. 45 : Prof. agrégé Boulin. Le diagnostic du diabète. L'épreuve d'hyperglycémie. Les états paradiabétiques et le diabète rénal ; acquisitions nouvelles sur leur place en pathologie et sur leur traitement. — 21 h. 30 : Prof. Charles Richet. Données générales sur l'alimentation.

Jeudi 5 juin 1947. — 10 heures du matin : Prof. Charles Richet. L'insuffisance alimentaire. — 20 h. 45 : Prof. Charles Richet. L'insuffisance alimentaire. — 21 heures 30 : Prof. Charles Richet. Le régime végétalien et végétarien.

Vendredi 6 juin 1947. — 10 heures du matin : Dr Delbarre. Les ostéopathies de carence. — 20 h. 45. Dr Hérault. Le régime carné. — 21 h. 30 : Dr Hérault. Le pain et le régime lacté.

Série des cours de Bichat (du 10 au 14 juin)

Ces cours auront lieu à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Bichat, 170, boulevard Ney, Paris (18e). (Métro Nord-Sud : Porte de Saint-Ouen.)

Mardi 10 juin 1947. — 11 h. 15 du matin : Prof. Guy Laroche. Les thyroïdiens et le métabolisme de l'iode et de la thyroxine. Déductions pratiques du point de vue du diagnostic et de la thérapeutique des affections thyroïdiennes. — 20 h. 45 : Prof. agrégé Coste. La goutte et le métabolisme de l'acide urique. — 21 h. 30 : Prof. Jacques Loeper. Le soufre et la pathologie de la nutrition. Les acquisitions récentes et les applications thérapeutiques.

Mercredi 11 juin 1947. — 11 h. 15 du matin : Prof. Guy Laroche. Le cholestérol dans les maladies de la nutrition. Déductions pratiques. — 20 h. 45 : Prof. agrégé Turpin. Les données génétiques dans les maladies de la nutrition. — 21 h. 30 : Dr Trémolières. Intérêt de la surveillance du métabolisme des protéines en pratique médico-chirurgicale (brûlures, soins pré et post-opératoires, etc.).

Jeudi 12 juin 1947. — 11 h. 15 du matin : Mme Lamotte-Barillon. Etats carentiels et métabolisme protidique. Les œdèmes de carence. — 20 h. 45 : Pr L. Justin-Besançon. La clinique des avitaminoses. Les acquisitions récentes et leur valeur pratique. — 21 h. 30 : Dr H.-P. Klotz. L'avitaminose B_1. La vitamine B_1 dans les polynévrites et les algies.

Vendredi 13 juin 1947. — 11 h. 15 du matin : Dr Rambert. L'acide folique dans le traitement des anémies. — 20 h. 45 : Prof. agrégé Cachera. La vitamine K. Son intérêt diagnostique et thérapeutique. Le dicoumarol et ses dangers. — 21 h. 30 : Prof. agrégé R. Fauvert. L'avitaminose C et sa place parmi les syndromes hémorragiques. Les facteurs dits de perméabilité capillaire (vitamine P).

Samedi 14 juin 1947. — 11 h. 15 du matin : Dr H.-P. Klotz. Les Vitamines D. Leur contrôle thérapeutique et leurs nouvelles indications cliniques. — 20 h. 45 : Mme Lamotte-Barillon. Les facteurs liposolubles A. E. F. et leur intérêt pratique. — 21 h. 30 : Pr L. Justin-Besançon. Le domaine thérapeutique de l'acide et de l'amide nicotinique (Vitamine P. P.).

Cours d'Hygiène scolaire. — Ce cours, destiné notamment aux médecins désireux de participer à l'inspection médicale sco-

laire, dans le département de la Seine, aura lieu au Laboratoire d'Hygiène de la Faculté de médecine de Paris, du 2 mai au 2 juin 1947, les lundis, mercredis et vendredis, de 17 à 19 heures.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'Hygiène de la Faculté de médecine, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e). Tél. Danton 55-36.

Cours de pathologie chirurgicale (professeur : M. Petit-Dutaillis). — M. Padovani, agrégé, commencera son cours le lundi 21 avril 1947 au grand Amphithéâtre de la Faculté, à 18 heures, et le continuera les mercredi et vendredi suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Les affections non traumatiques des membres.

Des manipulations d'hématologie, organisées par M. Paul Chevallier, agrégé, auront lieu à l'hôpital Broussais.

Elles seront dirigées par Mme S. Perlès, assistée des internes du service et de Mlle F. Saizou.

Première série : du 14 au 25 avril. — Deuxième série : du 17 au 28 novembre.

Les travaux sont exclusivement pratiques. Chaque série comprend dix séances pendant deux semaines consécutives : les lundis, mardis, mercredi, jeudis, vendredis, de 14 h. 30 à 17 heures.

Les inscriptions (1.500 fr.) sont reçues au laboratoire du service de M. Chevallier et les bulletins de versements seront délivrés au Secrétariat de la Faculté de médecine.

Un Cours de perfectionnement et manipulations aura lieu pendant une semaine, du lundi 15 décembre au samedi 21 décembre, de 14 h. 30 à 17 heures. Il est réservé uniquement aux médecins et étudiants en médecine. Droit d'inscription : 1.000 francs.

Faculté de médecine de Bordeaux
Clinique O. R. L. Cours de perfectionnement du professeur Portmann. — Du 30 juin au 12 juillet 1947 aura lieu à la Fac. de méd. (hôp. du Tondu et annexe Saint-Raphaël), un cours de perfectionnement, sous la direction de M. le professeur Portmann, avec la collaboration de M. le professeur agrégé J. Despons, de MM. les professeurs Aubertin, Beauvieux, Delmas-Marsalet, Fontan, Joulia, Papin, de MM. les professeurs agrégés Broustet, Magendie, Piéchaud, Pouyanne, de M. le Dr Lachapèle, radiologiste des hôpitaux, et de MM. les Drs Berger, O. R. L. des hôpitaux et Leduc, anesthésiste.

Essentiellement pratique, ce cours comprend l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition (audiométrie) et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale. Les assistants reçoivent une description particulière de chaque intervention, la voient en projection ou en cinéma, l'exécutent eux-mêmes sur le cadavre, la suivent, enfin, pendant l'exécution, sur le vivant.

Les malades sont groupés par affection, de façon à pouvoir examiner la même maladie à des stades différents et en cours de traitement.

Le service comprend des salles d'adultes hommes et femmes et des salles d'enfants : la pathologie et la chirurgie spéciale infantile y sont développées avec un soin particulier.

Chaque assistant est initié individuellement aux diverses méthodes d'examen et de traitement et reçoit à la fin du cours un diplôme délivré par la Faculté.

Prière de s'inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine, à Bordeaux. Droit d'inscription : 1.000 francs.

LIVRES NOUVEAUX

Souvenirs de médecin légiste, par le Dr G. d'Heucqueville. Un vol. de 144 p. J. Peyronnet et Cie, édit. Paris, 1947.

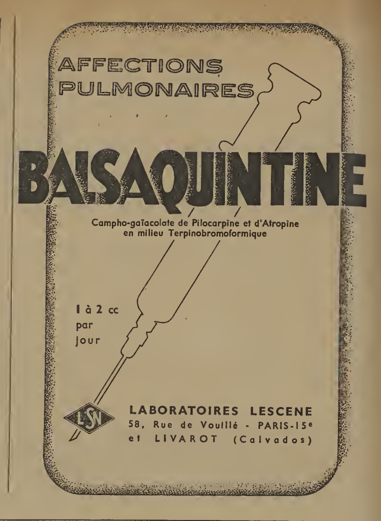
Le professeur Forgue, de Montpellier, et son élève le professeur Aimes, ont écrit il y a quelques années un admirable volume sur les « pièges de la chirurgie ». Dans ce livre, les auteurs, avec une autorité indiscutée, mettaient en garde les chirurgiens contre les dangers auxquels ils peuvent se trouver exposés lorsque, malgré toute leur science et toute leur conscience, l'imprévisible se produit et que leur responsabilité se trouve engagée.

Le livre de M. d'Heucqueville pourrait s'intituler : « Les pièges du médecin expert. » Les souvenirs que nous apporte l'auteur sont assurément d'une agréable lecture, mais ils ont une portée plus haute. Ils nous montrent les difficultés auxquelles se trouvent aux prises le médecin légiste dans sa haute mission. La justice lui demande des constatations, mais aussi des conclusions : « Tel symptôme est-il mis assez en lumière dans le rapport ? Sinon ne ferai-je pas condamner un irresponsable ? » Tels sont les « scrupules obsédants » des veilles d'assises.

« Pour entourer de toutes garanties imaginables ce verdict du médecin légiste, écrit l'auteur, avec Me Kah nous avons proposé le système de l' « expertise comparée » : il consiste à comparer les opinions de plusieurs experts, parmi lesquels l'expert que choisit la défense. »

On lira avec intérêt ces pages dans lesquelles se trouvent exposés bien des problèmes qui paraissent insolubles et auxquels l'expertise comparée permettrait d'apporter une solution juste et sûre.

L. G.







GLUCALCIUM

GLUCONATE DE CALCIUM
Ampoules injectables, buvables. Granulé vitaminé.

LABORATOIRES CLÉVENOT
3 RUE LAMBLARDIE . PARIS . TÉL: DORIAN 56-38

Dépôt légal. — 1947. 2e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 17. — SAMEDI 26 AVRIL 1947 — 120e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr — Étudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. — *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER — 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) — Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France	356 fr.
au lieu de 375 fr.	
Un an : étudiant	190 »
au lieu de 200 fr.	
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX

Hôpital de San-Salvadour — Concours pour la nomination à une place de médecin-chef à l'hôpital marin de San-Salvadour

Ce concours sera ouvert le mercredi 18 juin 1947, à l'Administration centrale (salle du Conseil de surveillance), 3, avenue Victoria, Paris (4e).

Les inscriptions seront reçues du jeudi 8 au mardi 20 mai 1947, inclusivement, de 14 heures à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés), à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé (escalier A, 2e étage).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par correspondance.

Internes et Anciens Internes des Hôpitaux de Paris

L'Association Amicale confirme que l'Assemblée générale et le Banquet auront lieu le samedi 3 mai au Cité Club, 33, boulevard de Courcelles, Paris, à 19 heures et à 20 heures, sous la présidence de M. Lesné, membre de l'Académie de médecine.

Facultés de province

Lille. — M. Balatre, professeur sans chaire, est nommé professeur titulaire de la chaire de pharmacie galénique (dernier titulaire : M. Coutelen).

Bordeaux. — M. Piffault, professeur sans chaire à la faculté de Lyon, est nommé titulaire de la chaire de physique médicale et pharmaceutique à la faculté de Bordeaux (dernier titulaire : M. Wangermez).

Montpellier. — M. Caderas de Kerleau, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique obstétricale (dernier titulaire : M. Delmas).

M. Eugène Truc, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique urologique (dernier titulaire : M. Jeanbrau, retraité).

Toulouse. — M. Broussy, agrégé, pérennisé à la Faculté de Bordeaux, est nommé professeur titulaire de la chaire d'histologie et embryologie, à la Faculté de Toulouse (dernier titulaire : M. Argaud, retraité).

Légion d'honneur. FRANCE D'OUTRE-MER

OFFICIER. — Le Dr Robert Deschiens, chef de service à l'Institut Pasteur.

Légion d'honneur. GUERRE et MARINE

OFFICIER. — Méd. comm. P. M. M. Boulet, méd. comm. R. G. Giraud.
CHEVALIER. — Méd. cap. Gloaguen, méd. s.-lieut. Gérard Guiot, médecin de 1re cl. Flottes, médecins de 2e cl. Devau et Sapin-Jaloustre.

Citations à l'ordre de l'Armée

Méd. lieut.-col. Calbairac (à titre posthume) ; médecin chef du 1er R. T. T. Coste (G. A.), (à titre posthume) ; méd. principal de la marine Mathias.

Académie nationale de médecine. — Le J. O. du 17 avril 1947 publie le décret du 12 avril 1947 conférant le titre de « membres titulaires non résidants » à des anciens associés nationaux de l'Académie nationale de médecine. Ce décret est pris à la suite de l'arrêté du 21 janvier 1917 modifiant différents articles du règlement intérieur de l'Académie nationale de médecine.

« Sont nommés membres titulaires non résidants de l'Académie nationale de médecine, les anciens associés nationaux ci-dessous désignés :

« MM. Denigès (Georges), de Bordeaux ; Lépine (Jean), de Lyon ; Bérard (Léon), de Lyon ; Dévé (Félix), de Rouen ; Tixier (Louis), de Lyon ; Remlinger (Paul), de Tanger; Sergent (Edmond), d'Alger; Bouin (André), de Strasbourg ; Castaigne (Joseph), de Clermont-Ferrand ; Oudard (Pierre), de la Marine ; Policard (Albert), de Lyon ; Cadéac (J.-R. Célestin), de Lyon ; Masson (G.-L. Pierre), de Montréal ; Fruhinsholz (Albert), de Nancy ; Jeanbrau (Emile), de Montpellier ; Courmont (Paul), de Lyon ; Dhéré (Charles), de Fribourg ; Patel (Maurice), de Lyon ; Nicolas (Guillaume), de Lyon. »

Santé publique

Médecins du contrôle sanitaire aux frontières. — Le taux des vacations allouées à ces médecins est fixé comme suit : 200 fr. pour la première heure, 150 fr. pour la deuxième heure, 100 fr. pour chacune des heures suivantes. Ajouter les indemnités kilométriques ou les frais de voyage.

Laboratoires de biologie des hôpitaux. — Un arrêté du 16 avril 1947 fixe la réglementation du concours de chef de laboratoire de biologie des hôpitaux et hospices publics. (J. O. 18 avril 1947, p. 3690).

Les maladies de longue durée aux colonies. — Le J. O. du 18 avril publie le décret n° 47-729 du 17 avril 1947 rendant applicable aux fonctionnaires coloniaux atteints de maladie mentale ou de lèpre les dispositions du 19 novembre 1931 sur les congés de longue durée.

Sanatoriums publics. — Liste d'aptitude aux fonctions de médecin directeur des sanatoriums publics (tuberculose non pulmonaire). Par arrêté en date du 4 avril, Mlle le Dr Nigoul est inscrite pour l'année 1947 sur la liste d'aptitude.

Marine

Service de santé (active). — Sont promus au grade de médecin en chef de 1re classe : MM. Berge et Laurent.

Au grade de médecin en chef de 2e classe : MM. Duquaire, Le Faou et Tromeur.

Au grade de médecin principal : MM. Aubert, Le Masson d'Authume, Verd et Bourgain.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Berthelot, Laboureur, Eberlé et Nouvel. (J. O. 20 avril 1947).

Académie des Sciences morales et politiques. — Le Dr G. de Parrel vient de recevoir le Prix Carlier pour son dernier ouvrage : le « Traité de Rééducation », où sont exposées toutes les techniques de réadaptation fonctionnelle des enfants entravés dans leurs activités sensorielles, psycho-motrices, intellectuelles, phonétiques, affectives et caractérielles. Ce Traité est un véritable testament scientifique qui résume toute une vie de recherches, d'applications et d'initiatives techniques en vue de la récupération familiale, scolaire et sociale des enfants déficients de toutes catégories. L'Académie des Sciences morales et politiques, en accordant au Dr de Parrel cette haute récompense, a marqué tout l'intérêt qu'elle porte à cette œuvre si efficace de rénovation humaine que représente la Rééducation sous toutes ses formes.

CONGRES

Journée thérapeutique du 15 octobre 1947

Cette journée organisée par l'Union internationale de Thérapeutique et par la Société de Thérapeutique de Paris se tiendra à la Faculté de médecine de Paris à 9 heures et 14 heures.

Elle comprend deux séances : l'une sous la présidence du professeur Loeper, où seront présentés par MM. les professeurs Courrier, Couvelaire, Lacassagne, Turpin (de Paris), Dodds (de Londres), Rietti (de Ferrare), des rapports sur les Oestrogènes artificiels ; l'autre, sous la présidence du professeur Hazard, où seront présentés par MM. les professeurs Javillier, La Barre (de Bruxelles), Bacq (de Liège), Bourguignon et Debray (de Paris), Glénard (de Vichy), des rapports sur le Magnésium en Thérapeutique.

Pour tous renseignements s'adresser à M. Gaston Doin, 8, place de l'Odéon, ou à la Clinique thérapeutique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.

Les Journées de Pathologie comparée en Camargue

Arles, 24 et 26 mai 1947

La Société de Pathologie comparée organise de très intéressantes journées de travail et d'excursions au pays d'Arles et en Camargue.

Départ de Paris le vendredi 23 mai, gare de Lyon, à 20 h. 25 ; places réservées.

Samedi, 24 mai. Arles visite de la ville : arènes, théâtre antique, cloître de Saint-Trophime, les Alyscamps, musée Arlatan. Séance de travail et excursions à Montmajour, Fontvielle, le moulin d'Alphonse Daudet, les Baux, les Antiques, Saint-Rémy-de-Provence, Tarascon et retour à Arles.

Dimanche, 25 mai. Les Saintes-Maries-de-la-Mer, Aigues-Mortes, le Grau du Roi ; retour à Arles par Saint-Gilles

Lundi, 26 mai. En Camargue, visite de la Réserve de Camargue. Départ pour Paris à 20 h. 25. Arrivée à Paris le mardi matin à 8 h. 20.

Prix forfaitaire : 1re classe : 8.300 fr. ; 2e classe : 1.350 fr. Tous frais compris, sauf la boisson aux repas. Conditions spéciales pour les congressistes utilisant leurs voitures ou réduisant leur séjour.

Pour tous renseignements et inscriptions : Voyages Duchemin-Exprinter, 23, avenue de l'Opéra, Paris (1er). (Inscriptions avant le 10 mai, dernier délai.

Programme scientifique. — Premiers travaux inscrits : Prof. Seutet, de Marseille : Le paludisme en Camargue.

M. Ranque : La filaire du chien.

Prof. G. Petit, professeur à la Faculté des sciences de Marseille : Recherches helmintologiques sur le mouton de Camargue.

Prof. Joyeux : La pneumonie vermineuse des ovidés en Camargue.

M. Roman, directeur du Centre de recherche sur la fièvre ondulante : La mélitococcie en région méditerranéenne.

M. Lafenêtre, directeur du Service vétérinaire de l'Hérault : La mélitococcie animale en région méditerranéenne.

INTERÊTS PROFESSIONNELS

Communiqué du Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins Carnets de toxiques et cartes professionnelles

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a été chargé, par le ministère de la Santé, de l'édition et de la distribution du carnet de toxiques prévu par le décret du 28 août 1945 (J. O. du 30 août 1945) et l'arrêté du 23 mai 1946 (J. O. du 26 mai 1946).

La distribution sera d'abord faite dans le département de la Seine.

La loi prescrit que, dès la mise en place de ces carnets, les stupéfiants et les substances du tableau B ne pourront plus être prescrits sur d'autres ordonnances que celles qui composent lesdits carnets.

Une telle distribution nécessite une comptabilité minutieuse comparable à celle en usage pour les carnets de chèques. Des vols de carnets de régime commis par des illégaux ont été récemment signalés à plusieurs reprises. Si de tels faits se répétaient à propos des carnets de toxiques, il s'ensuivrait de très regrettables conséquences. Aussi, le Conseil départemental de la Seine, responsable de cette distribution, a-t-il décidé de faire figurer sur chaque carnet le numéro d'inscription au tableau du médecin auquel il est destiné. La remise en sera faite contre présentation de la carte professionnelle. Les confrères qui ne possèdent pas encore cette carte sont instamment priés de s'en faire établir une.

La mise en place des carnets commencera dès que leur édition sera terminée. Un communiqué ultérieur informera le Corps médical de la Seine de la date et du mécanisme de cette distribution.

Election de 2 représentants du Corps médical au Conseil d'administration des Caisses de Sécurité sociale

Le ministère du Travail a demandé au Conseil national de l'Ordre des médecins d'organiser les élections prévues par la loi du 30 octobre 1946, fixant la composition des Conseils d'administration des caisses primaires de Sécurité sociale.

Ces élections seront réalisées dans notre département par les soins du Conseil départemental de la Seine.

Une lettre circulaire sera adressée par le président à chaque médecin inscrit au Tableau et donnera des précisions sur ces élections.

Deux médecins sont à élire dans le département de la Seine. Les candidatures seront reçues au siège du Conseil départemental, 14, rue Euler, à Paris (les adresser au président) et devront parvenir avant le 2 mai 1947 à midi.

RENSEIGNEMENTS

Poste Directeur Laboratoire départemental Sarthe vacant. Echelle de traitement environ 310.000 à 370.000. Pour renseignements, s'adresser Direction départementale de la Santé, préfecture Le Mans. Clôture du registre d'inscription : fin juin.



Quelques réflexions sur l'albuminurie

Par M. Brelet
Professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Nantes

« Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent. » Cette affirmation mise par M. Jules Romains dans la bouche de notre célèbre confrère, le docteur Knock, renferme une grande part de vérité. Elle nous rappelle une phrase de Pascal : « Plusieurs pensent se porter bien quand ils sont proches de mourir. » Ne connaissons-nous pas des sexagénaires qui ont, sans symptômes fonctionnels, un souffle mitro-aortique ? Et, en examinant des candidats à une assurance sur la vie ou des postulants à un emploi dans une administration de l'Etat, ne découvre-t-on pas dans les urines assez souvent de l'albumine, beaucoup plus rarement du sucre ?

Cette albuminurie ne s'accompagne d'aucun des symptômes habituels des lésions rénales. Pas d'oligurie, ni de polyurie ; jamais d'œdème ; pas de troubles subjectifs révélateurs d'hyperazotémie. Serait-ce une albuminurie physiologique ? A propos de celle-ci, on a beaucoup discuté ; niée, admise, puis rejetée, elle le fut. Pour Rathery (1), dont les travaux en pathologie rénale font autorité, toute albuminurie doit être attribuée à une lésion rénale, lésion en activité (néphrite) ou éteinte (néphropathie). Nous sommes peu renseignés sur l'état anatomo-pathologique des reins de ceux qui présentent une albuminurie chronique n'évoluant pas vers les accidents d'insuffisance rénale. Il faudrait, pour nous documenter, avoir l'occasion de faire l'autopsie et d'examiner très minutieusement au microscope les reins d'un de ces sujets mort accidentellement. On trouve dans les articles classiques les expressions néphrite cicatricielle, néphrite parcellaire, albuminurie résiduelle ou résiduale. Un auteur — dont je ne retrouve pas le nom — a écrit que tout se passait comme s'il y avait un trou dans le rein.

Ces albuminuries minima paraissent bien être la conséquence d'une ou de plusieurs atteintes des reins par des infections ou des intoxications. On a dressé souvent la liste de celles qui sont particulièrement génératrices de néphrite avec possibilité d'albuminurie persistante ; quelques-unes ont été mises en tête de liste alors qu'on ne leur donnait pas autrefois une telle importance. C'est ainsi que M. Scringe (2) a trouvé à l'origine de 23 néphrites hypertensives chez des enfants dix infections pharyngées, six scarlatines (dont trois douteuses), cinq infections cutanées ; dans deux cas, l'origine est restée inconnue. Mme Hyon (3), dans une étude sur les néphrites chroniques de l'enfant, déclare que la scarlatine n'a pas un rôle étiologique important. Mlle David (4) a recherché, dans le service du professeur Debré, les principales causes des néphrites aiguës de l'enfance ; sur 60 cas, 29 sont survenus au cours de rhino-pharyngites, angines, phlegmons de l'amygdale ; viennent ensuite 11 néphrites par impétigo, furonculose, 4 chez des enfants ayant en même temps rhino-pharyngite et infection cutanée, 5 au cours de la scarlatine, 3 néphrites tuberculeuses, 1 néphrite de rougeole ; dans sept cas enfin, on ne peut retrouver l'infection initiale. Sur 10 néphrites aiguës soignées dans le service de mon regretté collègue Arondel, M. Marcelon (5) mentionne 3 néphrites par gale infectée, 2 par angine, 1 par pneumonie, 4 sans étiologie certaine. M. Duhamel (6) insiste sur la fréquence des néphrites au cours de la gale ; 6 galeux sur 115 ont eu de la néphrite, presque toujours avec œdème.

J'ai recherché, aux archives du Centre spécial de Réforme de Nantes, quelques dossiers d'anciens soldats examinés par mes collègues experts et par moi parce qu'ils demandaient à être pensionnés pour albuminurie chronique datant de la guerre ou du service militaire. Sur 70 cas, je note :

	Cas
Angine	8
Contusion ou plaie de la région lombaire	4
Diphtérie	4
Grippe	3
Rhumatisme articulaire aigu	3
Pneumonie	3
Scarlatine	2
Paludisme	2
Erysipèle de la face	2
Tuberculose	2
Fièvre typhoïde	2
Scarlatine en mars 1915 et typhoïde en novembre	1
Intoxication par chlorobenzène	1
Froid (18 heures dans l'eau après torpillage)	1
Origine inconnue	32 (*)

(1) Rathery et Froment. *Maladies des reins*. Paris, 1935.
(2) Thèse de Paris, 1938.
(3) Thèse de Paris, 1938.
(4) Mlle David, Thèse de Paris, 1942.
(5) Marcelon, Thèse de Paris, juillet 1942.
(6) Duhamel, Thèse de Paris, avril 1942.

Il y a beaucoup d'autres causes de néphrite. Je pourrais rappeler les néphrites post-sérothérapiques (1), les néphrites par inhalation de tétrachlorure de carbone (2), par ingestion de moules et de crustacés (3), par une dose excessive de vitamine D^2 (4), les néphrites provoquées par les sulfamides (5) et même par absorption d'apéritifs (6).

Les statistiques que je viens de relater montrent que la scarlatine n'est pas une très grande pourvoyeuse de néphrites et de néphropathies. C'est une opinion que je soutiens depuis 1924 (7), d'après l'enseignement de mon maître Hutinel, les travaux de Gouget et d'après ce que j'ai observé en 1906 et 1907 à l'hôpital de l'Institut Pasteur. On la retrouve dans plusieurs articles récents sur la scarlatine et sur les néphrites. MM. Paraf et Bernard la signalent en faisant des réserves : « Sous l'influence de V. Hutinel, une réaction peut-être excessive s'est dessinée et l'on a tendu, non sans paradoxe, à considérer, depuis vingt ou trente ans, la néphrite scarlatineuse comme rare » (8). Après avoir fait, pour cet article, quelques recherches bibliographiques, je reste réactionnaire et ne crois pas être paradoxal.

Que deviennent ces albuminuriques ? Pour essayer d'établir un pronostic lointain, il faut faire plusieurs examens complémentaires, savoir s'il y a ou non des cylindres dans l'urine, leur présence indiquant une lésion non éteinte, explorer le fonctionnement rénal par les nombreux procédés aujourd'hui bien connus. Trois éventualités sont possibles.

Quelquefois la situation s'aggrave. L..., soldat de la classe 1910, est atteint de violente contusion lombaire par éboulement d'un abri en 1916 ; il est mis en réforme temporaire pour ptose du rein gauche et albuminurie ; en 1925, il est toujours albuminurique avec un bon fonctionnement rénal, mais en 1927 il entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes à la suite de trois crises d'urémie, on lui trouve alors : albumine 1 gr. 20 par litre ; urée 2 gr. 35 ; tension artérielle 21-12. C..., classe 1911, est soigné en 1917 pour congestion rénale ; albuminurie minima pendant une douzaine d'années, puis la perméabilité rénale diminue et, en 1931, hyperazotémie, gros cœur, bruit de galop. B..., classe 1914, est réformé temporairement en 1918 pour néphrite albumineuse simple ; tout va bien pendant quatre ans ; ensuite l'albuminurie augmente jusqu'à 1 gr. 60 ; la tension artérielle s'élève, atteignant 23-14 et, en 1924, cécité presque complète par rétinite albuminurique bilatérale.

D'autres albuminuriques ont un destin plus heureux et, après quelques mois, voire quelques années, leurs urines redeviennent tout à fait normales. F..., classe 1922, a, en février 1923, une néphrite albumineuse ; en septembre l'albuminurie persiste avec un bon fonctionnement des reins ; en septembre 1924, il n'a plus d'albuminurie. L..., classe 1922, néphrite aiguë en juillet

(*) Ce nombre d'albuminuries d'origine inconnue est très élevé ; on peut supposer que, dans quelques cas, la maladie initiale était connue mais n'a pas été mentionnée sur le billet d'hôpital que nous trouvions dans le dossier. Il ne faut pas oublier que ce billet n'est pas un document scientifique avec observation complète ; c'est surtout une pièce administrative pouvant permettre à l'ancien soldat de faire la preuve qu'il a eu, à cette date, une affection survenue pendant qu'il était sous les drapeaux ou aggravée par les fatigues du service.

(1) Davy, Thèse de Paris, 1939.
(2) Domart, Thèse de Paris, 1938.
(3) Porgès et J.-F. Porgès, *Presse Médicale*, 29 juin 1946.
(4) Debré, *Société Pédiatrie*, 9 juin 1946.
(5) Sarran, Thèse de Montpellier, juillet 1942.
(6) Dupuy et Carassa, Soc. *Méd. des Hôp. de Paris*, 10 janvier 1947.
(7) *Gaz. des Hôp.* 1er novembre 1924. *Journal de Méd. de Paris*, 20 décembre 1926 ; *Académie de Médecine*, 27 juillet 1943.
(8) *Encyclopédie médico-chirurgicale*, art. Scarlatine.

1923, 0 gr. 10 ; en juillet 1924, il se déclare tout à fait guéri et, en effet, ses urines ne renferment plus la moindre trace d'albumine. Un confrère est, pendant ses études médicales, fortement secoué par une angine à pneumocoques ; albuminurie peu abondante qui disparaît au bout de cinq ou six mois. Mais, pendant une dizaine d'années, ce confrère a des traces d'albumine le lendemain d'un voyage fatigant ou à l'occasion d'une rhino-pharyngite grippale ; il a maintenant 68 ans et ne se plaint pas de sa santé.

Voici enfin ceux qui restent indéfiniment albuminuriques avec un bon fonctionnement des reins. Mme L..., infirmière de la Croix-Rouge, contracte, en décembre 1916, une scarlatine avec néphrite aiguë au début ; elle part en convalescence ayant des traces d'albumine ; elle se présente au Centre de Réforme en 1927, dix ans donc après la scarlatine, traces d'albumine, perméabilité rénale bien conservée ; même état en 1929 et en 1931. B..., classe 1923, a eu, en février, 1924, une néphrite aiguë au cours d'une angine ; nous l'expertisons plusieurs fois, toujours un peu d'albumine ; jamais de troubles du fonctionnement rénal.

Ces derniers cas présentent quelque intérêt quand on doit remplir un certificat médical pour une assurance sur la vie ou quand on est consulté à propos d'un mariage. Vers 1912, je découvris, chez un candidat à une assurance-vie, une légère albuminurie ; il en fut très surpris ; la compagnie refusa d'accepter ce risque ; il en fut très mécontent. Cet homme est aujourd'hui septuagénaire ; quand il m'aperçoit, il ne manque pas de venir me rappeler, avec une aimable ironie, que j'ai, jadis, bien mal apprécié ses chances de longévité. En 1924, j'eus l'occasion d'être mêlé à une histoire de mariage. Un jeune homme de 25 ans était albuminurique depuis l'adolescence, ce qui ne l'avait pas empêché d'être soldat dans le service auxiliaire ; très épris d'une jeune fille, il eut la loyauté de prévenir les parents de celle-ci de son état de santé et me demanda de plaider sa cause auprès d'eux ; j'étais le médecin des deux familles. Je signalai qu'il s'agissait d'une albuminurie simple avec une fonction rénale parfaitement conservée ; je fis remarquer ensuite que dans tout mariage il y a un risque : l'homme le plus solide ne peut-il pas être demain terrassé par une grippe comme cela fut fréquent en 1918 ? Enfin, cet albuminurique a épousé la jeune fille qu'il aimait et qui l'aimait. Il est aujourd'hui en parfaite santé, toujours légèrement albuminurique et père de sept enfants.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Un cas typique de primo-infection tuberculeuse chez un jeune homme

par le Dr Laugier
Médecin Capitaine

Dans une précédente note, j'ai insisté sur la nécessité de la généralisation de l'épreuve de la Cuti-Réaction à la Tuberculine, pour le dépistage de la Tuberculose.

Cette pratique vient d'être prescrite dans l'Armée.

Toutefois, en Afrique du Nord, cette recherche de l'allergie cutanée tuberculeuse doit être retardée d'un laps de temps égal à deux mois, par suite de vaccinations exigées. Ce retard est préjudiciable à la prophylaxie antituberculeuse, comme l'illustre le cas de primo-infection suivant :

Un jeune Bressois est affecté en Afrique du Nord le 5 janvier 1947, d'apparence en bonne santé, l'examen somatique demeure négatif, excepté quelques traces d'albumine disparue après 48 heures de repos ; la radioscopie pulmonaire systématique est normale en date du 10 janvier 1947.

Sa mise en observation terminée, il est rendu à la vie militaire et subit les vaccinations exigées.

Un mois après, le 3 février 1947, ce jeune soldat se présente à la consultation pour kératite phlycténulaire de l'œil gauche, vésicules type herpétique sur les deux régions sous-orbitaires et dans le cou, état apyrétique, mais asthénie, légère prostration, inappétence.

Le lendemain, état légèrement subfébrile, apparition de petites pétéchies de la grosseur d'une tête d'épingle sur tout le corps et de nodules érythémateux le long de la crête tibiale.

Ces symptômes s'atténuent en huit jours, mais maintien de l'asthénie, de l'inappétence, enfin sensation d'oppression dans la région sternale.

Nouvelle radioscopie le 2 février 1947, suivie d'un cliché radiographique : « Opacité diffuse de la région hilaire droite ». Cuti-réaction à la tuberculine positive six heures après.

Ce malade a donc fait à son arrivée au régiment une primo-infection tuberculeuse avec chancre d'inoculation pulmonaire, après un début type septicémique.

Toutefois ces formes rapides et si visiblement extériorisées, ne sont pas très fréquentes.

Sous l'influence déprimante du climat et de ses variations brutales de température, le jeune appelé tend à localiser sa première atteinte d'une façon plus torpide : période de longue asthénie, avec une cuti-réaction à la tuberculine négative, puis cortico-pleurite superficielle d'une base.

Trois mois après, virage et taches floues dans la région sous-claviculaire.

Ces remarques ne font que souligner tout l'intérêt qu'il y a à ce que les jeunes recrues affectées à l'Afrique du Nord subissent avant leur départ de la Métropole, l'épreuve de la cuti-réaction à la tuberculine, avec un examen radioscopique complémentaire. Ces renseignements permettraient dès le début, de suivre plus facilement les sujets non encore allergiques, qu'un changement brutal de vie et de climat prédispose à une défaillance de l'organisme et par surcroît, à faire une primo-infection rapide.

BIBLIOGRAPHIE

Virage retardé des réactions tuberculiniques, par F. Bezançon, J. Genevrier et Maclouf (*Presse Méd.* 4 septembre 1943).

Doit-on rendre la cuti-réaction obligatoire à l'âge scolaire, M. Fourestier, Paris (*Gazette des Hôpitaux*, 15 mars 1944).

Dépistage de la tuberculose dans les écoles de Lyon, par Courmont et Poulain (Soc. Méd. 11 décembre 1945, Lyon).

Importance de la prophylaxie antituberculeuse de l'enfance dans le cadre de la lutte contre la tuberculose (Acad. Méd. du 6 décembre 1945), par Armand Delille et Bethoux.

La tuberculose pulmonaire par le Médecin Colonel Dutrey (*Revue du Service de Santé Militaire*, 1946).

Dépistage de la tuberculose et prophylaxie antituberculeuse dans le cadre de l'enfance et de l'adolescence, par l'épreuve de la cuti-réaction à la tuberculine (*Gazette des Hôpitaux*, 2 novembre 1946), par le Dr B. Laugier, Médecin Capitaine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

16 *avril.* — M. Goussard. — Laryngites sous-glottiques de la première enfance.

M. Parrot. — Traitement des pleurésies purulentes.

M. Bernot. — Syphilis congénitale dans la première année de vie.

17 *avril.* — M. Villemant. — Thérapeutique des méningites purulentes.

M. Brugne. — Réduction sanglante des fractures.

M. Rigaud. — Observations de tuberculose rénale.

M. Audoire. — Gingivo-stomatites à allures épidémiques.

18 *avril.* — M. Siraga. — Maladie de Hodgkin et Tuberculose.

M. Riberolles. — Eclampsie gravidique.

Mlle Debray. — Les leucoses toxiques.

M. Mourgues. — Formes fébriles de la périartérite.

M. Rahon. — Dysménorrhée virginale primitive.

ACTUALITÉS

L'élevage des prématurés débiles aux Etats-Unis

L'évidence de la dépopulation et des périls qu'elle entraîne stimule en tous pays l'instinct de défense mais trop souvent la lutte est menée de façon fragmentaire, purement empirique. Les résultats s'en ressentent. L'intéressante étude de M. J.-R. Grislain (1) sur les mesures prises aux Etats-Unis pour parer aux effets de la prématuration avec débilité, le plus dangereux facteur de mortinatalité, est donc riche d'enseignement.

Même aux Etats-Unis, et la lutte n'est qu'à son début, elle n'a touché que les plus grandes villes et depuis dix ans seulement. Mais dès avant qu'on équipe des agglomérations de moindre importance les résultats obtenus sont évidents. Si coûteux qu'il soit l'effort fait est reconnu comme efficace, payant et méritant d'être poursuivi. La France de 1947 ne peut se permettre d'aussi larges dépenses, mais l'action à la mesure de ses forces serait déjà un progrès. Il n'est pas douteux en tous cas que des recherches purement théoriques ont permis une pratique que le succès a récompensée ; pas douteux non plus que le résultat a été d'autant meilleur qu'aucun détail d'étude ou de réalisation, si minime fût-il, n'a été considéré comme négligeable.

C'est dès la période de travail que commencent les manœuvres de protection ; la chose est facilitée lorsque, comme il est habituel aux U.S.A., l'accouchement a lieu en maternité ou en clinique ; les prématurés débiles nés à domicile ne sont cependant pas oubliés.

Toute présomption d'accouchement avant terme, tout début prématuré du travail déclenchent les mesures protectrices : vitamine K pour prévenir les hémorragies chez l'enfant après accouchement laborieux, transfusion à la mère avant accouchement si placenta prævia, prudence ou même abstention au point de vue analgésie et anesthésie ; chimiothérapie (sulfamides ou pénicilline) pour toute menace d'ascension thermique. Préparatifs pour la réanimation éventuelle d'un enfant asphyxique.

Dès sa naissance l'enfant est protégé contre le froid au moyen d'enveloppements chauds ; le cordon n'est lié qu'après 5 ou 6 minutes, sauf le cas d'asphyxie. L'enfant, s'il respire, est mis dans un incubateur dont la température, 25° à 30°, ne sera réglée qu'ultérieurement, l'enfant pesé et d'après son poids.

Si l'enfant respire mal ou ne respire pas, on emploiera pour le stimuler toutes les techniques non traumatisantes. Aux moyens classiques on ajoute actuellement l'oxygénothérapie avec ou sans gaz carbonique adjuvant.

Ce n'est que lorsque tout ira bien, en particulier la respiration, qu'on s'occupera de la première pesée, de la première toilette et de la prise de température ; attendre cinq ou six heures pour y procéder est sans inconvénient majeur, bien qu'on doive ultérieurement régler d'après le poids de l'enfant la température de l'incubateur et l'humidité de l'atmosphère qui l'entoure. D'une manière générale, la température de l'incubateur varie de 32°2 pour les enfants de moins de 1.500 grammes à 23° pour ceux qui dépassent 2.500 grammes, l'humidité variant entre 55 et 65 %.

Sans tarder et sans quitter son incubateur l'enfant quitte la maternité proprement dite et passe dans un service spécial « Premature station » dont le personnel a reçu une formation appropriée. Là seulement il est transféré dans un nouvel incubateur, déjà porté à la température appropriée et équipé pour l'administration éventuelle d'oxygène.

C'est la physiologie du prématuré qui règle désormais l'élevage ; à chaque état physiologique et à chaque nuance du tableau clinique vont s'adapter des techniques précises.

La physiologie directement organique est en cause le plus souvent dans les domaines de la respiration, de la thermorégulation, de l'hématopoïèse ; dans d'autres cas interviennent des éléments extérieurs à l'organisme : agents infectieux, alimentation.

(1) J. R. Grislain. — L'élevage des prématurés débiles aux U. S. A. *Archives françaises de Pédiatrie*, 1946, n° 5.

Traitement des anomalies respiratoires. — Le prématuré présente habituellement de l'abaissement du taux de l'oxygène sanguin, un certain degré d'immaturité ou d'inhibition des centres nerveux respiratoires, de l'insuffisance mécanique de la ventilation pulmonaire et aussi une tendance à l'obstruction facile des voies respiratoires supérieures que le réflexe tussigène ne défend pas encore.

Ainsi, même levé l'obstacle des mucosités, l'administration d'oxygène s'impose-t-elle absolument lorsque le poids est inférieur à 1.800 grammes, chez l'enfant né asphyxique et conservant propension à l'apnée et à la cyanose. Cette cyanose même est tantôt continue, par atélectasie pulmonaire, tantôt intermittente et alternant avec de la rougeur tégumentaire lorsqu'il y a hémorragie intracranienne. Autres indications formelles de l'oxygène : les antécédents maternels de toxémie gravidique, de placenta prævia, d'infection aiguë, l'existence chez l'enfant de troubles cardiaques ou de distension permanente de l'abdomen.

L'oxygénothérapie doit être permanente au-dessous de 1.800 grammes ; on peut la prolonger jusqu'à deux mois et tant que la peau n'est pas d'un rose normal. Au poids plus élevé ne s'adresse en général qu'une oxygénothérapie temporaire : cinq à six heures après la naissance ; mais elle peut être reprise de façon intermittente ou prolongée plusieurs jours si la cyanose menace. Aussi existe-t-il des modèles spéciaux d'incubateur permettant d'alimenter et de changer l'enfant sans le faire sortir de l'atmosphère suroxygénée dont la teneur en oxygène peut varier de 40 à 60 % selon les enfants et les besoins.

Une surveillance ininterrompue est indispensable pour parer au défaut ou même à l'excès de gaz, régler son débit à tout moment et conduire aux traitements adjuvants nécessaires : aspiration pharyngée, administration — très circonspecte — de quelques médicaments, respiration artificielle. A noter que l'alimentation de tels enfants demeure longtemps très délicate.

Hématopoïèse. — Le système vasculaire des prématurés est d'une très grande fragilité et la destruction sanguine, même dans les limites de la normale est mal compensée par une hématopoïèse déficiente. On y pare par la ligature retardée du cordon, complétée ou non par une transfusion citratée, par l'injection de sang humain total, moyennant les précautions d'usage, l'administration de vitamine K, de fer, de cuivre.

La *déperdition calorique* par radiation, problème important et de chaque instant, a reçu dans les « Premature Stations » une solution modernisée dans sa technique et sa minutie, mais qui confirme les données classiques. Hess (de Chicago) a créé divers modèle d' « Incubators » modernisant la couveuse classique. Un récipient fait de matières isolantes et doublé d'un réservoir périphérique d'eau électriquement maintenue à température, renferme un berceau amovible et un bas à glace qui entretient une humidité appropriée. Pour les sujets les plus fragiles un couvercle complète le récipient où l'on peut dès lors créer l'atmosphère suroxygénée et la régler. En laissant le lit découvert on le transforme en un lit chauffant où la tête de l'enfant peut être particulièrement protégée ; d'autres incubateurs laissent le corps couvert et la tête découverte ; il existe enfin des berceaux ordinaires. Selon leur état et leur croissance les enfants y sont placés d'emblée ou par changements successifs. Dans les incubateurs fermés les enfants sont nus ; dans les autres, ils sont plus ou moins couverts ou vêtus, mais jamais emmaillotés. La température du lit, celle de l'enfant sont surveillées plusieurs fois par 24 heures et le but est de stabiliser vers 37° la température de l'enfant. Celui-ci ne quitte son lit que pour le bain et la pesée ; le change, les repas se font dans le lit moyennant apprentissage spécial du personnel.

Contre le danger infectieux les stations s'arment d'une asepsie quasi chirurgicale : conditions atmosphériques constantes et à caractéristiques précisément connues ; locaux séparés, et à températures différentes pour les nouveaux arrivés, pour les enfants à l'élevage, pour les prochains sortants, pour les suspects d'infection respiratoire ou cutanée, pour les malades ; antichambre où médecins et infirmières revêtent des vêtements stériles — dont un masque obligatoire — et procèdent à un brossage chirurgical des mains et des bras.

Le personnel, spécialement choisi et entraîné, réservé à la seule station, en assure seul le service tant la nuit que le jour ; il est apte aux soins courants, aux principaux diagnostics et dépistages précoces d'urgence ; sa formation spéciale a été précédée d'une formation générale et pédiatrique sérieuse.

La santé de ce personnel est surveillée de façon particulièrement ombrageuse. Dans tous les gestes professionnels, le souci d'asepsie est le même que pour l'assistance opératoire. Personnel médical réduit à l'extrême. Interdiction absolue — et observée — de toute visite ou de toute intrusion étrangère.

Ces précautions ont permis d'élever dans un espace remarquablement restreint et en l'absence de toute infection nosocomiale un grand nombre d'enfants.

Sans pouvoir entrer dans le détail de la *technique alimentaire*, savamment et judicieusement nuancée qui fait appel tant au lait de femme qu'au lait frais additionné de vitamines, d'enzymes et aux divers laits conservés, il convient de mentionner les principes généraux de l'alimentation : ration normale d'hydrates de carbones ; ration faible en lipides ; ration élevée de protides, de sels, de calcium, de vitamines. Selon les sujets et les circonstances ration globale au-dessous ou au-dessus de la moyenne, horaire implacable des repas. Repas donnés dans l' « incubator » au-dessous du poids de 1.800 grammes. Les divers procédés d'alimentation sont employés concurremment, du compte-gouttes à la mise au sein.

Pour quitter la station l'enfant doit peser plus de 2.500 grammes, être en bonne santé présente et prévisible, trouver un milieu familial jugé suffisant par l'assistante sociale de la station. Celle-ci continue sa direction lors de visites fréquentes en liaison avec le médecin privé ou celui de la station.

Une telle organisation serait incomplète et peu américaine si elle se désintéressait des prématurés nés à domicile.

Toutes les fois que la naissance a lieu hors d'un centre où le prématuré peut être élevé, l'accoucheur qui a déjà pris les précautions préliminaires doit, dès la naissance, prévenir le « Departmental Board of Health ». Dans la demi-heure qui suit, une voiture d'ambulance spéciale emmène le nouveau-né vers la « Premature Station » la plus proche ; elle apporte avec elle un incubateur portatif et déjà chaud sous la surveillance d'une infirmière spécialisée et qui veillera, le cas échéant au transport du lait maternel. Cette organisation existe dans les villes de 500.000 habitants et est en cours d'extension pour les villes de 100.000 habitants. Dès maintenant les localités moins importantes sont dotées d'un matériel spécial, prêté selon les besoins à des formations sanitaires de second ordre. Est prévu aussi le prêt de layettes (Loan Kits) comprenant le matériel d'habillement et de couchage, incubateur compris.

Les frais incombent selon les cas et les moyens aux intéressés, à l'Etat ou sont réglés par des dons privés.

Dans l'ensemble, la mortalité des prématurés semble s'abaisser (15 % à Chicago) du fait de ces organisations hospitalières et post-hospitalières ; la survie éloignée des prématurés en est un témoignage.

On ne saurait en nier les inconvénients d'ordre sentimental ou épidémiologique, non plus que financier. Il n'en demeure pas moins que les statistiques paraissent accuser une baisse de la mortalité chez les prématurés (de 45 % à 22 % d'après Allan Blokson de la « Premature Station » de Houston-Texas). C'est un résultat qui ne saurait être dédaigné. R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

SÉANCE DU 15 AVRIL 1947

Déclaration de vacance. — Une place de membre titulaire dans la Section de Chirurgie est déclarée vacante en raison du décès de M. Hautant.

Propriétés physiologiques du tri-thioparaméthoxyphénylpropène. — MM. HALPERN et GAUDIN (Présentation faite par M. PASTEUR VALLERY-RADOT). — Cette substance est un dérivé organique de synthèse qui contient 40 % de soufre organique. Sa toxicité est très faible ; l'administration prolongée ne trouble pas le développement de l'animal ; les doses faibles paraissent plus actives que les doses fortes.

Chez le cobaye le tri-thioparametoxylphénylpropène a une action diurétique nette et surtout une action azoturique considérable qui se manifeste au bout de 12 heures et persiste 4 à 6 jours. L'azotémie est d'autant plus marquée que le régime est plus riche en azote. Peu d'influence sur l'élimination chlorurée.

Le mécanisme, mal connu encore, de cette azoturie fait peut-être intervenir la cellule hépatique ; on constate en effet une action cholérétique concomitante.

Propriétés thérapeutiques du tri-thioparaméthoxyphénylpropène. — MM. KOURILSKY et GAUDIN (Présentation faite par M. PASTEUR VALLERY-RADOT). — Des essais à dose faible ont été bien tolérés chez 150 sujets atteints de cholécystite lithiasique, 37 de cholécystite non lithiasique, 58 de dyskinésie vésiculaire, 45 d'allergies diverses, 4 d'ictères catarrhaux.

Cholécystite lithiasique : 90 % d'amélioration physique et fonctionnelle en 5 à 8 jours ; la fin de l'évolution est accélérée, la douleur et la masse vésiculaire disparaissent.

Résultats analogues dans les cholécystites non lithiasiques, persistant 10 à 20 jours après l'arrêt du traitement.

Dans les dyskinésies : 70 % d'amélioration. La cholestérolémie baisse dans 10 à 30 % des cas. Bons résultats dans les allergies digestives et médicamenteuses ; dans les ictères l'étude est en cours.

Les signes d'intolérance (diarrhée) sont rares et sans gravité.

Spécificité des stimulants du cortex surrénal déterminant des variations pondérales de certains organes et des réactions sanguines. — M. SIMONNET. — Etude comparative d'un extrait corticosurrénal très pur, de la désoxycorticostérone, de l'extrait hypophysaire corticotrope et de leurs actions sur le poids du thymus et de la surrénale, sur la formule leucocytaire et sur le taux de protéines sériques.

Discussion : M. COURRIER.

Phlébites des membres inférieurs consécutives au collapsus gazeux d'un poumon. — M. VERAN (de Nantes) publie quatre observations où lors d'une troisième ou quatrième insufflation ou au lendemain d'une section de bride pleurale, ayant réalisé un collapsus pulmonaire intense apparaît une phlébite habituellement d'intensité moyenne mais cliniquement typique. Les lésions pulmonaires étaient dans ces cas bacillifères, récentes, peu fébriles. La phlegmatia différait cliniquement des phlébites des tuberculeux décrites par Ameuille. Bien que le facteur mécanique et infectieux ait pu avoir une action, il semble cependant nécessaire de donner une place importante aux réactions de choc et à la réaction allergique veineuse à type histaminique ou imidazolique.

Discussion : M. LAUBRY.

(Communication faite à la séance du 1er avril 1947.)

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 16 AVRIL 1947

Un cas de maladie de Mondor. — M. MAZINGARBE. — M. Sicard rapporte cette observation dans laquelle l'origine veineuse de la maladie a été démontrée nettement.

Staphylorraphie et pénicilline. — MM. RÉCAMIER et FLORENTIN. — M. Veau rapporte la statistique de ces auteurs basée sur deux cents staphylorraphies ; M. Veau insiste sur les nécessités très spéciales de cette chirurgie dans laquelle la pénicilline facilite les suites opératoires en minimisant le danger de désunion post-opératoire.

Résection diaphysaire du fémur pour ostéomyélite aigue après blessure de guerre avec sulfamido-pénicillinothérapie. — MM. FAVRE et CHIPPAUX-MATHIS. — M. Ménègaux, rapporteur.

La place de la patellectomie dans le traitement des fractures de la rotule. — MM. LAGROT et SALAC. — M. Ménègaux rapporte ce travail basé sur cinq observations et discute les arguments en faveur de la patellectomie faite comme traitement systématique des fractures fermées. La patellectomie conclut le rapporteur a des indications rares, mais précises : fracture itérative, fracture comminutive. Il ne semble pas en effet que les résultats fonctionnels de la patellectomie soient constamment parfaits.

MM. Mathieu, Sorrel et Mouchet affirment la qualité des résultats fournis par la suture ou le cerclage.

M. Boppe discute cette opinion car il a observé à longue distance des résultats médiocres.

Quelques considérations sur les algies des amputés. — M. Sliosberg. — M. Padovani rapporte ce travail dans lequel l'auteur insiste sur la rapidité d'apparition des douleurs après l'amputation, la fréquence des troubles sympathiques et de l'hypertension. M. Padovani fait remarquer le rôle des troubles mentaux et la possibilité d'agir sur ces troubles par la psychothérapie. Il discute les différentes interventions chirurgicales et souligne que M. Sliosberg a obtenu des résultats appréciables par la vitamine B_1.

La colectomie totale pour mégacolon doit être l'exception, l'opération normale des cas résistants demeurant la colecmie partielle. — M. Fèvre a revu trois bons résultats éloignés (10 ans, 7 ans, 6 ans) de colectomie segmentaire.

Vagotomie bilatérale pour ulcère peptique. — M. Delannoy. — M. Quénu a eu l'occasion de faire une opération de Dragsted pour un ulcère perforé suturé avec un bon résultat.

MM. Hepp et Cadenat soulignent la rapidité de la suppression des douleurs après cette opération.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 mars 1947

Cancer secondaire du foie avec grande éosinophilie. — MM. Harvier, Pestel et Marche apportent l'observation d'un homme de 44 ans, chez qui ils ont vu survenir, à la suite d'un épisode douloureux et fébrile de l'hypochondre droit une hépato-splénomégalie avec éosinophilie sanguine à 40 %. Cette éosinophilie fut retrouvée dans les frottis de moelle osseuse, de foie, de rate, aux taux variant entre 40 et 55 %. Toutes les recherches parasitologiques se sont montrées négatives. Le diagnostic de leucémie à éosinophiles était soulevé, quand apparurent les signes d'un cancer secondaire du foie, évoluant rapidement vers la mort.

Les éosinophilies apparaissant au cours des tumeurs malignes posent un problème qui n'est pas encore résolu. Les auteurs insistent dans ce cas particulier sur l'intérêt clinique et les difficultés diagnostiques précédant de plusieurs mois les premiers symptômes de tumeurs.

Mononucléose infectieuse et pénicilline. — MM. Facquet, Siguier, Callerot et Bantoux relatent une observation de mononucléose infectieuse typique dans laquelle, contrairement aux données classiques, l'administration de la pénicilline eut un effet très favorable.

A propos de la fièvre typhoïde chez les vaccinés. — M. Rist rapporte sa statistique concernant les 215 typhiques traités en 1916 à l'hôpital de Compiègne dans son service. Chez 56, il s'agissait d'infection éberthienne et chez 159 de paratyphoïdes. La vaccination à cette époque étant pratiquée contre le seul bacille d'Eberth. Chez les vaccinés et chez les non vaccinés le taux de mortalité fut à peu près égal. Ces décès parmi les vaccinés peuvent résulter d'un état hyperergique lié à la vaccination. De même, on peut observer des formes hémorragiques de la variole chez des sujets ayant subi récemment la vaccination.

Un cas de mégacôlon chez une myxœdémateuse. Guérison par l'extrait thyroïdien. La mégasplanchnie digestive d'origine endocrinienne. — MM. Hillemand, Gilbrin, Maurin, Caron et Lapresle.

Les anomalies de position de l'intestin grêle et du côlon. — MM. Hillemand et Hartmann.

Hémorragie méningée récidivante. Abolition des réflexes tendineux à chacune des poussées d'hémorragie, réapparition des réflexes dans l'intervalle. — M. S. de Sèze et Mme Bayen. — L'abolition des réflexes tendineux n'est pas exceptionnelle au cours des hémorragies méningées, bien qu'elle soit rarement signalée dans les traités classiques. Il faut y voir sans doute l'effet d'une réaction inflammatoire provoquée par l'infiltration du sang, ou des déchets de l'hémolyse, dans les culs-de-sac des gaines radiculaires. La réaction inflammatoire passée, les réflexes reparaissent.

Radiculo-névrite ou poliomyélite aiguë syphilitique. — M. S. de Sèze et Mme Bayen ont observé un syndrome paraplégique avec hypotonie musculaire et abolition des réflexes tendineux sans troubles sensitifs et sans troubles sphinctériens. Les signes neurologiques sont ceux d'une poliomyélite ; l'installation progressive rappelle plutôt celle des radiculo-névrites. Toutes les réactions de la syphilis sont positives dans le liquide céphalo-rachidien. Succès rapide du traitement spécifique. Les auteurs pensent que l'atteinte du neurone moteur périphérique par la syphilis, tant dans la corne antérieure que dans les racines, est rarement observée.

Note sur l'emploi, pour le diagnostic radiologique des hernies discales, des liquides opaques pouvant être retirés par simple aspiration. — MM. S. de Sèze et J. Levernieux ont utilisé d'abord chez 11 malades, le produit américain connu sous le nom de Pantopaque, en suivant très exactement la technique recommandée par les auteurs américains. Bons résultats : dans plus de la moitié des cas on a pu retirer la totalité du Pantopaque ; dans les trois quarts des cas on en a retiré au moins les trois quarts, et les quelques gouttes restantes n'ont causé aux malades aucune espèce de trouble.

Les auteurs ont utilisé ensuite, chez trois malades, un lipiodol nouveau, ayant sensiblement les mêmes qualités physiques que le Pantopaque : bons résultats également : dans les trois cas le lipiodol a pu être évacué presque en totalité.

Le fait de disposer d'un liquide opaque que l'on peut évacuer une fois l'examen terminé, représente un progrès technique considérable.

Méningites à bacilles de Pfeiffer. Considérations thérapeutiques. — M. Didier (Tunis) passe en revue les données thérapeutiques concernant la méningite à bacilles de Pfeiffer.

La streptomycine apparaît actuellement comme l'agent de choix, encore que les auteurs qui en ont l'expérience recommandent de lui associer les sulfamides et même le sérum anti-Pfeiffer.

Maladie d'Addison par tuberculose surrénale s'étant manifestée exclusivement pendant huit ans par une pigmentation localisée à la muqueuse buccale. — M. Mussio-Fournier (Buenos-Aires).

Vacances de Pâques. — Prochaine séance le 18 avril, rue de Seine.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

Séance du 7 février 1947

La mortalité infantile dans l'Hérault en 1938, 1944 et 1945.— M. Carrieu et Mme Rambault. — Alors que le taux de la mortalité des enfants de 0 à 1 an avait progressivement baissé depuis une quarantaine d'années, presque toutes les nations l'ont vu s'accroître considérablement dès 1944. Il en a été de même dans l'Hérault, où les auteurs ont cherché non seulement la variation du nombre de ces décès par mois, mais surtout les causes mêmes de ces décès. Chaque groupe, étudié avec soin, permet d'arriver à quelques conclusions pratiques.

Un cas de syndrome neuro-œdémateux épidémique de l'enfant. — MM. J. Chaptal, A. Pineau et A. Bories-Azeau. — En l'absence de tout épisode fébrile initial, un enfant de 3 ans

présente une diminution de la force des membres inférieurs, de la ceinture pelvienne, puis des bras et enfin du cou, réalisant des paralysies flasques avec abolition des réflexes tendineux et ostéo-tendineux. D'importants œdèmes accompagnent les troubles moteurs, débordant les localisations paralytiques ; de plus, érythèmes cutanés, sudations, hypertrichose et hypertension artérielle sont constatés. Albuminorachie à 0,40 p. 1.000 et réaction au benjoin colloïdal positive. Absence de tout signe urinaire, sanguin ou vasculaire de néphrite, de néphrose, d'insuffisance cardiaque . Evolution lentement progressive. Les auteurs assimilent cette observation au syndrome décrit par MM. R. Debré et Julien-Marie.

Néphroses lipoïdiques compliquées de néphrite. Deux cas terminés par guérison complète. — M. J. Chaptal.

Polynévrite diphtérique d'évolution prolongée, avec manifestations neuro-végétatives et syndrome acrodynique. — MM. M. Janbon, J. Chaptal, A. Pineau et L. Bertrand.

Un nouveau cas de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endopéricardite et de pneumopathie, complètement guéri par le salicylate de soude administré par voie intraveineuse. — MM. J. Chaptal, A. Pineau et A. Bories-Azeau.

Polynéphrite syphilitique secondaire fruste. — MM. Euzière, Pagès, Duc et Faure ont observé un cas de polynévrite syphilitique associée à deux accidents majeurs de la période secondaire : roséole et méningite. Les signes associés ont dominé le tableau clinique. Les signes de polynévrite ont été découverts au cours de l'examen systématique : hyperesthésie musculo-tendineuse et osseuse, abolition des réflexes aux membres inférieurs, d'abord, puis aux membres supérieurs ; ces signes ont confirmé l'authenticité des banales paresthésies des membres inférieurs. Le caractère fruste de cette polynévrite syphilitique secondaire laisse supposer que de tels cas puissent souvent passer inaperçus, ce qui explique sans doute la rareté des observations relevées dans la littérature médicale.

Psychose posttyphoïdique guérie par l'électrochoc. — MM. Euzière, Pagès, Duc et Faure.

Troubles psychiques post-puerpéraux et électrochoc. — MM. Euzière, Pagès, Duc et Faure.

Néphrite hypertrophique de Dide et Courjon. — MM. Euzière, Pagès, Duc, Faure et Lévrier.

Tumeur suprasellaire de diagnostic difficile. — MM. Euzière, Pagès, Gros, Duc et Faure ont été conduits à poser le diagnostic de cranio-pharyngiome pour un malade tour à tour considéré antérieurement comme atteint d'intoxication oxycarbonée, de méningo-encéphalite, de syndrome parkinsonien et enfin de sclérose en plaques. Malgré un ensemble de signes apparemment très significatif, il s'agissait d'un oligo-dendro-gliome suprasellaire. La coexistence d'un adénome basophile et acidophile suggère aux auteurs quelques réflexions relatives à l'absence de signes cliniques de localisation infundibulo-hypophysaire.

Primo-infection tuberculeuse apparue quelques jours après le début d'une rougeole ; évolution rapide ; mort par granulie. — M. H. Massif.

Notes sur l'emploi de certains narcotiques et analgésiques pour le traitement des néoplasies malignes. — M. F. Ruidavetz montre d'après ses recherches, qu'en application prolongée (locale ou générale) certains narcotiques et analgésiques (chloral, chloroforme, antipyrine), etc... sont reçus et retenus par les cellules néoplasiques avec une plus grande intensité que par les autres éléments de l'organisme et suspendent ou altèrent les fonctions vitales des cellules des néoplasies malignes. Il y a là une méthode thérapeutique adjuvante dont l'emploi étendu permettrait d'obtenir des données utiles à son perfectionnement et de dégager des déductions relatives à l'essai d'autres substances agissant expérimentalement comme narcotiques.

SOCIETE FRANÇAISE D'ELECTRO-RADIOLOGIE MEDICALE

Séance du 11 février 1947

L'électro-myographie élémentaire au cours des séquelles de poliomyélite antérieure aiguë. — MM. J. Lefebvre, J. Lerique et A. Merig. — L'examen électromyographique des muscles atteints par la poliomyélite antérieure doit être institué dès le début de la paralysie. Son intérêt pronostique apparaît considérable quant au devenir fonctionnel des unités ayant conservé une certaine activité.

L'étude électromyographique du refroidissement et de la fatigue mettent en évidence des troubles neuromyoniques importants.

Quelques données de l'électrodiagnostic (classique, puncture, détection) dans la paralysie obstétricale. — MM. J. Lefebvre, P. Le Cœur et J. Lerique. — Les auteurs étudient 50 cas de paralysie obstétricale à la naissance et chez des enfants plus âgés. Ils montrent par l'E. M. G. l'existence de synergies anormales des couples Deltoide-Grand-rond et Biceps-Triceps.

A propos de l'électro-chirurgie ano-rectale. — M. J. Marchand. — L'auteur précise les règles à suivre pour pratiquer les interventions électriques ano-rectales.

Ses directives se résument en deux points essentiels :

Electro-coagulation au contact ;

Emploi de la haute fréquence à ondes entretenues.

Ce qui permet d'éviter les étincelles entre l'électrode et la tumeur d'une part ; d'autre part entre l'électrode et les parois du rectoscope. Donc pas de danger d'explosion.

Il présente une pince dont il se sert depuis vingt ans et qui répond à tous les désiderata et, en particulier, à la destruction des polypes.

Il insiste sur le fait que l'électro-chirurgie présente pour le malade des risques bien inférieurs à ceux qu'il encourrait en gardant ses polypes ou en faisant appel aux procédés chirurgicaux usuels.

Les variations de chronaxie : mesure absolue des variations de sensibilité galvaniques. — M. Fabre (Lille).

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

Séance du 29 mars 1947

Le chant et les maladies digestives. — M. Gaehlinger (de Châtel-Guyon) montre à l'aide d'observations que les affections intestinales et hépatiques douloureuses empêchent les chanteurs de poser leur voix et qu'il en résulte des troubles importants du chant qui sont améliorés rapidement par le traitement de l'affection intestinale ou hépatique. Lorsque le diaphragme est soulevé par les fermentations ou lorsque l'intestin, douloureux et spasmé, ne supporte pas une augmentation de la pression abdominale, la voix ne peut prendre son point d'appui naturel et c'est ce qui explique les troubles du chant que l'on observe chez les colitiques.

Hernie diaphragmatique de l'estomac, avec volvulus chronique à forme anémique. Opération. — M. P Le Gac. — Femme de 59 ans, sans passé gastrique, présentant des vomissements bilieux, diarrhée chronique avec melæna intermittent, des douleurs épigastriques et une anémie intense sans caractères spéciaux. Il s'agit d'une hernie, à travers un orifice diaphragmatique situé à droite de l'hiatus œsophagique, avec volvulus chronique de l'estomac. Opération par voie abdominale, facile fermeture de l'orifice après dégagement aisé de l'estomac. Amélioration très rapide de l'état général et de l'anémie. Quel est le mécanisme de cette anémie ? S'agit-il d'une hernie acquise ? Question difficile à résoudre, mais il paraît démontré que de telles lésions sont justiciables de la chirurgie.

Transfusion rythmique du sang suroxygéné. — M. A. Bécart présente sa nouvelle technique de transfusion du sang suroxygéné qui allie les avantages de l'injection rythmique à ceux des gaz ionisés, oxygène et carbogène, son indication majeure étant la réanimation au cours de la syncope et du choc.


NOCTIVANE
COMPRIMÉS
Hypnotique d'action rapide et de courte durée
A prescrire dans les cas " d'endormissement " difficile
THERAPLIX
98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VII°


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE
Laboratoires J. LAROZE, 54, rue de Paris, Charenton (Seine)
HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau

COURS

Faculté de Médecine

Le Dr Schopfer, professeur à l'Université de Berne, fera le mercredi 7 mai 1947, à 16 heures, au grand Amphithéâtre de la Faculté, une conférence sur : **Les Vitamines.**

Chaire de biologie médicale (professeur : M Jean Verne). — Le professeur M. Rocha e Silva, chef du service de Pharmacodynamie à l'Institut de Biologie de São-Paulo, fera le mercredi 11 juin, à 18 heures, à l'amphithéâtre Vulpian, une conférence de biologie médicale sur : « l'histamine des tissus et le mécanisme de sa libération ».

Ecole de malariologie. — Un enseignement spécial de la malariologie sera donné à la Faculté de médecine de Paris, du 16 juin au 26 juillet, en vue de l'obtention du diplôme de médecin malariologiste de l'Université de Paris.

Les cours auront lieu au laboratoire de parasitologie, sous la direction de M. le professeur Brumpt, assisté de M. Desportes.

Programme :

1° Hématologie : Trois leçons par M. le professeur agrégé L.-C. Brumpt ;

2° Entomologie : Quatre leçons par M. le professeur Galliard ;

3° Protozoologie : Trois leçons par M. le professeur Lavier ;

4° Parasites du paludisme : Quatre leçons par M. le professeur Lavier ;

5° Etude clinique et épidémiologique du paludisme : Quatre leçons par M. le professeur Lavier ;

6° Produits thérapeutiques synthétiques : Une leçon par M. le professeur Hazard ;

7° Paludisme thérapeutique (malariothérapie) : Une leçon par M. le professeur Mollaret ;

8° Prophylaxie : Dix leçons par MM. H. Galliard et L.-C. Brumpt.

Droits à verser : 4.000 francs. Le cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de quinze élèves.

Inscriptions au secrétariat de la Faculté : guichet 4.

Clinique thérapeutique médicale de l'hôpital Saint-Antoine
(Professeur Maurice Loeper)

Semaine de l'Institut de thérapeutique
Amphithéâtre Hayem

5 mai. — 9 h. 1/2 : La détoxication par le soufre : Prof. Loeper ; 10 h. 1/2 : La méthionine et les affections du foie : Prof. Lemaire.

6 mai. — 9 h. 1/2 : L'association sulfamide-pénicilline : Dr Varay ; 10 h. 1/2 : Le chlorhydrate de choline en thérapeutique hépatique : Dr Jean Cottet.

7 mai. — 9 h. 1/2 : L'acide para-amino-benzoïque : Dr Benda ; 10 h. 1/2 : L'utilisation de l'acide folique et de l'acide thymique : Dr Mallarmé.

9 mai. — 9 h. 1/2 : Les homologues de l'ypérite en thérapeutique : Dr Justin-Besançon ; 10 h. 1/2 : La dicoumarine : Dr Facquet.

10 mai. — 9 h. 1/2 : La vitamine D et le lupus : Dr Charpy ; 10 h. 1/2 : La streptomycine : Prof. Mollaret.

Cours de perfectionnement de gastro-entérologie de l'hôpital Tenon, par MM. P. Hillemand et R. Cattan, médecins de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. J. Charrier, chirurgien de l'hôpital Bichat ; R. Viguié, E. Gilbrin, A. Bensaude, anciens chefs de clinique à la Faculté et G. Brûlé, attaché de consultation.

Lundi 2 juin 1947. — 9 heures : Dr Hillemand. La mégasplanchnie digestive. — 10 heures : Dr Brûlé. L'œsophagoscopie. — 11 heures : Dr Hillemand. La mégasplanchnie digestive fonctionnelle d'origine endocrinienne et toxique. — 15 heures : Dr Hillemand. Etude radiologique des ulcères de la petite courbure. — 15 h. 45 : Dr Viguié. Présentation de clichés. — 16 h. 30 : Dr Brûlé. La gastroscopie.

Mardi 3 juin 1947. — 9 heures : Dr Hillemand. Etude radiologique des ulcères du duodénum. — 10 heures : Dr Viguié. Présentation de clichés. — 11 heures : Dr Cattan. Pathogénie et traitement de la maladie ulcéreuse. — 15 heures : Dr Cattan. Les gastrites. — 15 h. 45 : Dr Gilbrin. Présentation de clichés. — 16 h. 30 : Dr Bensaude. La rectoscopie.

Mercredi 4 juin 1947. — 9 heures : Dr Cattan. Complications de l'estomac opéré. — 10 heures : Dr Viguié. Présentation de clichés. — 11 heures : Dr Hillemand. Le mégaduodénum — 15 heures : Dr Viguié. Le cancer de l'estomac au début. — 15 heures 45 : Dr Gilbrin. Présentation de clichés. — 16 h. 30 : Dr Cattan. Dilatation aiguë et paralysie de l'estomac.

Jeudi 5 juin 1947. — 9 heures : Dr Hillemand. La polypose colique et son traitement. — 10 heures : Dr Viguié. Présentation de clichés. — 11 heures : Dr Hillemand. L'iléite terminale. — 15 heures : Dr Cattan. Conceptions modernes de l'occlusion intestinale. — 15 h. 45 : Dr Gilbrin. Présentation de clichés. — 16 h. 30 : Dr Hillemand. Les anomalies de positions du gros intestin.

Vendredi 6 juin 1947. — 9 heures : Dr Charrier. Le traitement du cancer du rectum. — 10 heures : Dr Bensaude. Le traitement médical des hémorroïdes. — 11 heures : Dr Hillemand. F. cl. du cancer du co-

lon. — 14 heures : Dr Hillemand. Les diverticulites coliques. — 14 h. 45 : Dr Bensaude. La chirurgie ambulatoire des hémorroïdes.

Si le nombre d'adhérents est suffisant, un voyage d'études aura lieu les samedi 7, dimanche 8 et lundi 9 juin, à Vichy et à Châtelguyon (retour à Paris le 9 juin). Droit d'inscription : 1.000 francs. S'inscrire auprès du Dr Viguié, Laboratoire Marcel Brûlé, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine Paris (20e).

Enseignement des hôpitaux libres
Institut Catholique
21, rue d'Assas, Paris

Conférences sur les actualités médicales

Une série de conférences sur les actualités médicales sera donnée sous les auspices de l'Enseignement des hôpitaux libres, et la direction effective du Dr Georges d'Heucqueville, à l'Institut Catholique, 21, rue d'Assas, à Paris (6e), salle d'Hulst, chaque mercredi, à 18 heures, à partir du 23 avril 1947 :

Mercredi 23 avril. — Dr d'Heucqueville, médecin de Saint-Jean-de-Dieu : Médecine du corps et médecine de l'esprit.

Mercredi 30 avril. — Dr Clément Simon, médecin de Saint-Michel : Les stigmatisés mystiques.

Mercredi 7 mai. — Dr R. Ducroquet, chirurgien de Saint-Jean-de-Dieu : L'évolution actuelle de l'orthopédie.

Mercredi 21 mai. — Dr Bize, médecin de Saint-Joseph : Psychologie de l'artiste.

Mercredi 28 mai. — Dr Moulonguet, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris : La pénicillinothérapie en oto-rhino-laryngologie.

Mercredi 4 juin. — Dr J.-A. Huet, médecin de la Maison départementale de la Seine : Les premiers symptômes de la sénescence..

Mercredi 11 juin. — Prof. ag. Vaudescal, accoucheur de l'hôpital Américain : Organisation de la pratique obstétricale dans les campagnes.

Mercredi 18 juin. — Dr M. Delort, médecin de l'hôpital Saint-Michel : Le diagnostic précoce du cancer de l'estomac.

Mercredi 25 juin. — Dr Vernes, directeur de l'Institut prophylactique : Mesure et Médecine.

Hôpital civil Foch
rue Worth, à Suresnes

Le professeur agrégé Kourilsky a repris son enseignement le lundi 14 avril 1947, et le poursuivra jusqu'au 15 juillet 1947 :

1° Tous les mercredis matin, à 9 h. 30 : Cours de physiologie pathologique, par le professeur agrégé Kourilsky ;

2° Tous les mardis et vendredis, à 9 h. 30 : Leçon clinique, par MM. les Assistants : Mme Kourilsky, M. Regaud, M. Coulaud, M. Fourestier, M. Delorme, M. Bidermann ;

3° Tous les jours, sauf le jeudi : Présentation de malades, de 10 h. à 12 h. 30, par le professeur agrégé Kourilsky. Les leçons cliniques porteront sur les affections de l'appareil respiratoire. Les cours de physiologie pathologique porteront sur la physiologie respiratoire, physiologie de l'infection et le métabolisme de l'eau.

Lundi, 28 avril. — 9 h. 30 : Prof. agr. Kourilsky : Présentation des malades.

Mardi, 29 avril. — 9 h. 30 : Docteur Regaud : Cours sur les infections pulmonaires aiguës et subaiguës ; Pneumonie ; Congestion pulmonaire. — 10 h. 30 : Prof. agré. Kourilsky : Présentation des malades.

Mercredi 30 avril. — 9 h. 30 : Prof. agr. Kourilsky : Cours de physiologie pathologique ; Exploration fonctionnelle de l'appareil respiratoire. — 10 h. 30 : Prof. agr. Kourilsky : Présentation des malades.

Vendredi 2 mai. — 9 h. 30 : Docteur Regaud : Cours sur les suppurations pulmonaires. — 10 h. 30 : Prof. agr. Kourilsky : Présentation des malades.

Samedi 3 mai. — 9 h. 30 : Prof. agr. Kourilsky : Consultation externe ; Présentation des malades.

LIVRES NOUVEAUX

Entre deux siècles (Souvenirs d'un vieux biologiste ou la Médecine française sous la IIIe République), par le doyen Henri ROGER. Un vol. in-8° de 396 pages, un portrait. Prix 350 fr. « L'Expansion scientifique française, Paris, 1947.

Aucune lecture n'est plus attachante que celle des souvenirs du grand savant que fut Henri Roger. Né à Paris en 1860, Roger passa les onze premières années de sa vie en Russie où son père était fonctionnaire du gouvernement impérial. Malgré sa jeunesse, Roger put connaître la vie brillante de la Cour de Russie. Ses souvenirs, entretenus par les récits de ses parents, lui ont permis de rappeler bien des anecdotes, pittoresques ou piquantes, de ces temps révolus. La guerre de 70 ramène ses parents en France. C'est le siège de Paris. Ici les souvenirs de Roger rejoignent ceux de son contemporain Achard, il nous parle des restrictions, de la famine, des queues devant les boutiques vides, toutes choses que nous avons trop connues depuis. Après la Commune, Roger entre au lycée Condorcet. Puis le voilà étudiant. Son récit, toujours alerte, souvent ironique, jamais malveillant, nous fait connaître ses maîtres. C'est bientôt, après son internat, la préparation des concours, ses déboires et ses succès. Agrégé, il arrive enfin au professorat, puis au décanat. Et c'est toute l'histoire médicale contemporaine qui défile devant nous.

La vie universitaire du doyen Henri Roger, sa vie de savant, sa vie de philosophe, restent de grands exemples. Il faut lire ce livre d'un intérêt passionnant.

Remercions ses élèves fidèles, Justin Besançon, Léon Binet, Albert Touraine et Fernand Trémolières d'avoir pieusement recueilli les souvenirs de leur maître et de nous les avoir présentés.

F. L. S.

Maladies et syndromes rares ou peu connus, par A. AIMES. 1 vol. 205 p. Masson, 1946.

On a mis la pathologie dans des cadres qui se multiplient tous les jours. Le nombre des maladies et syndromes rares est devenu si considérable que la nécessité se présentait d'en établir le bilan. M. Aimes a comblé cette lacune et donne un tableau succinct de chaque affection. Pour un tel ouvrage, il était nécessaire de classer les manifestations morbides par systèmes et appareils, mais il en est qui s'étendent à plusieurs appareils. Aussi l'auteur, dans une seconde partie, a établi un répertoire des signes principaux avec une liste des maladies et syndromes à noms propres.

Conçu dans cet esprit, l'ouvrage de M. Aimes est un aide-mémoire précieux et utile à consulter.

L.

Education physique (Ecole, Lycée, Scoutisme), par L. FAUROBERT, diplômé de l'Etat et de l'Institut d'Education Physique de l'Université de Paris, Médaille d'honneur de l'Education Physique. Un volume in-8° de 232 pages avec 62 figures : 350 fr. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris.

L'enfant de 6 à 14 ans ou davantage est confié à l'école, qui a la charge de son éducation.

Cette formation a été jusqu'ici incomplète, car l'éducation physique, bien que figurant (d'ailleurs en parente pauvre) sur l'emploi du temps, n'y est pratiquement pas donnée.

Surcharge des programmes, querelle des méthodes, manque de terrains, mais surtout absence de formation des maîtres sont la cause de cette grave carence.

Le présent ouvrage n'a pas pour but d'alléger les programmes, de discuter les méthodes, de faire surgir des terrains tout équipés, mais d'être un outil de travail entre les mains des éducateurs. Il est le fruit de près de vingt années d'expérience de l'un d'eux.

Dans une première partie sont exposées les lignes générales de la doctrine, les caractéristiques du travail naturel et les règles d'hygiène générale correspondantes.

La seconde partie passe en revue pour chaque famille d'exercices : marche, course, saut, etc..., les règles et procédés d'exécution et les principes de perfectionnement qui constituent la technique. Elle contient une nomenclature complète de tous les mouvements classés par catégories et par progressions, où l'éducateur puisera la matière de ses leçons.

La troisième partie est consacrée à la pédagogie de l'éducation physique ; le maître y trouvera les conseils pratiques nécessaires.

Hépatites rares, par Maurice LOEPER, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in-8° de 214 pages. Masson et Cie, éditeur, Paris, 1946.

Ce livre écrit au jour le jour et suivant les hasards de la clinique n'a la prétention d'être ni didactique, ni complet, déclare l'auteur.

Il offre un premier avantage, c'est de faire connaître au lecteur certains aspects nouveaux des hépatites, dont l'un des plus curieux est certainement l'absence des hépatites alcooliques. Eclipse malheureusement momentanée qui permet de parler un peu des autres.

Deux études biologiques sur la fonction soufrée du foie et sur l'oxalurie des hépatiques ouvrent la série des travaux du maître de Saint-Antoine. Viennent ensuite les exposés relatifs à quelques cas peu connus.

L'auteur aborde ensuite le processus de certains états catarrhaux, la cirrhose et la lipopexie hépatique des tuberculeux, l'anémie des hépatiques et le syndrome ictéro-œdémateux, la spléno-hépatite ictérigène et cholestérinogène, et la réticulo-endothéliose, la cirrhose angiomateuse et le remaniement incessant des cirrhoses ; il va de l'hépatite du benzol à la distomatose et aux abcès solitaires et non amibiens du foie. Ce sont là maladies peu fréquentes et l'ensemble mérite bien le nom d'hépatites rares.

L'auteur s'est efforcé d'y confronter le symptôme, le trouble fonctionnel et le trouble clinique et la lésion, espérant superposer parfois les uns aux autres.

On trouvera un grand agrément à la lecture de ce livre où M. Loeper a apporté sa clarté et son élégance habituelles. Ses élèves et amis, MM. Lemaire, Varay, Cottet, Breton, Lesobre, Vignalou, Parrod et Siguier lui ont apporté une aide précieuse.

L'Homœopathie d'urgence, par le Dr E.-F. Lefort. Un vol. in-8° de 204 pages, prix 135 fr. J. Peyronnet et Cie, éditeurs, 33, rue Vivienne, Paris (2e).

Les cas d'urgence sont ceux pour lesquels on vient tirer en toute hâte la sonnette du médecin, le jour comme la nuit. Ce sont ces cas qu'étudie l'auteur, énumérant toute la gamme de remèdes dont dispose le médecin homœopathe, avec les caractéristiques de chacun d'eux.

« On pourra voir ainsi, écrit l'auteur, comment les diarrhées, les convulsions des tout petits, le faux croup, les hémorragies de toute nature, les accidents cardiaques, les drames abdominaux relevant de la médecine (et non de la chirurgie) pour ne citer que ceux-ci, peuvent être soulagés par les dilections hahnemanniennes. Chacun pourra s'y reporter d'abord et expérimenter ensuite. »

Le traité s'adresse avant tout aux médecins ; les allopathes pourront eux-mêmes y trouver des documents de nature à les intéresser.

G.

Dermatologie clinique et therapeutique, par Clément Simon, président honoraire de la Société française de dermatologie et de Syphiligraphie, médecin de l'hôpital Saint-Lazare, dermatologiste de l'hôpital Saint-Michel. Un vol. in-8° de 748 pages, avec 192 fig. : 970 fr. G. Doin et Cie, éd. Paris, 1946.

Tous les auteurs qui ont essayé de construire une classification valable des dermatoses ont échoué, puisque la plupart font un chapitre consacré aux dermatoses inclassables. En effet, toute bonne classification médicale doit avoir pour base l'étiologie et nous ignorons la cause de la plupart des maladies de la peau, en dehors des dermatoses parasitaires, microbiennes ou virulentes. Le docteur Clément Simon a donc choisi l'ordre alphabétique qui n'est sans doute pas parfait mais qui a l'avantage d'être clair et uniforme. Il s'adapte bien au besoin de renseignements rapides qu'éprouvent les étudiants pur leur stage de dermatologie, les médecins pour leur pratique hospitalière ou pour leur clientèle. Cet ordre n'est d'ailleurs pas une nouveauté puisque c'est celui qu'avaient adopté les auteurs qui ont collaboré au traité longtemps classique dirigé par E. Besnier, Brocq et Jacquet.

Cependant l'auteur ne néglige pas, dans une introduction assez importante, de donner une idée de la pathologie générale des maladies de la peau.

Viennent ensuite un exposé de l'anatomie normale de la peau et un chapitre réservé à l'histopathologie, car l'auteur pense qu'on ne peut comprendre la clinique dermatologique sans se représenter la structure des lésions de la peau.

Les lésions élémentaires, qui sont comme l'alphabet du langage dermatologiques, sont ensuite exposées et expliquées.

La description des dermatoses et de leur traitement est ensuite minutieusement exposée. En particulier, plus d'une centaine de pages sont consacrées à l'étude de la syphilis.

Bien que le traitement de chaque dermatose soit étudié après sa description clinique, tout un chapitre est consacré au traitement général, externe et interne, avec un formulaire détaillé.

Enfin, deux petits chapitres terminent l'ouvrage. L'un décrit la façon d'examiner les malades et l'autre détaille l'outillage dermatologique.

La « Dermatologie clinique et thérapeutique », écrite avec la conscience et la clarté qu'a montrées l'auteur dans des ouvrages antérieurs et dans le journalisme médical, doit devenir un guide précieux pour les étudiants et pour les médecins.

La périartérite noueuse (maladie de Kussmaul), par P. Nicaud, médecin de l'Hôtel Dieu. Un volume de 125 pages, avec 21 figures et 1 planche hors texte. Masson et Cie, éditeurs.

D'abord décrite dans des mémoires hollandais, belges ou roumains, cette maladie a été l'objet en France de recherches microbiennes et expérimentales déjà nombreuses.

L'auteur étudie d'abord les symptômes communs à toutes les formes. Les signes de début ont souvent ceux d'une maladie infectieuse, mais peuvent être tout à fait insidieux. Les formes cliniques sont très nombreuses. Il faut distinguer des formes aiguës, caractérisées par des signes cutanés et muqueux, d'aspect très variable, papulleux, vésiculeux ou bulleux, quelquefois purpuriques ou nécrotiques ; il s'y ajoute des signes digestifs et des symptômes rénaux, quelquefois dominants, donnant le tableau fréquent d'une néphrite hématurique.

Les formes chroniques ont l'avantage de permettre, par leur évolution subaiguë, souvent très lente, l'étude prolongée de la maladie. Il faut distinguer des formes apyrétiques, des formes hémorragiques, des formes gangréneuses et des formes nerveuses, celles-ci elles-mêmes très variées.

Enfin, on a pu distinguer des formes digestives, à prédominance gastro-intestinale, ou hépatique, ou biliaire. Il existe également des formes cardiaques, et des formes viscérales pures ont été décrites, sans aucun signe cutané, ni muqueux.

Après avoir étudié, à propos du nodule hypodermique, les lésions artérielles qui y sont contenues et qui permettent, après la biopsie, de faire le diagnostic de la maladie de Kussmaul, l'auteur étudie également les lésions de la périartérite noueuse dans les organes et dans les parenchymes.

L'étiologie de la maladie de Kussmaul est encore à l'étude. L'origine infectieuse est généralement admise.

Le diagnostic peut être extrêmement difficile, en raison de la complexité du tableau clinique et des grandes variétés évolutives.

Les grandes figures du service de santé militaire. (1re série : Chirurgiens et Médecins, par Edmond Blaessinger. Un vol. in-8° orné de 30 figures. Baillière, Paris, 1947. Prix : 650 fr.

Après une itntroduction qui résume en dix-huit pages l'histoire du service de santé aux armées, après une biographie d'Ambroise Paré, cet ouvrage raconte la vie et fait connaître les travaux des hautes personnalités qui ont illustré la médecine militaire au XVIIIe et au XIXe siècles. Six chirurgiens : Heurteloup, Percy, Dominique Larrey, Baudens, Sédillot, Hippolyte Larrey) et sept médecins (Desgenettes, Broussais, Maillot, Michel Lévy, Villemin, Kelsch, Laveran) forment ce tableau d'honneur de la médecine militaire, figures toutes attachantes par quelque côté, tous travailleurs acharnés dont la glorieuse marche aux étoiles est un exemple, et qui d'origine souvent modeste surent s'élever aux plus hautes situations, tous enfin ayant ouvert des voies nouvelles à l'organisation des soins aux blessés, aux progrès de la science et à ses applications.

Chaque biographie est suivie d'un exposé de titres, de la liste des travaux personnels, et d'une bibliographie enfin, quelquefois incomplète, mais toujours suffisante.

La vie comme l'œuvre de ces représentants du service de santé militaire sont peu connues du public ; il y avait là une injustice à réparer. Faire revivre la mémoire de ces grandes figures fut donc une œuvre pieuse et équitable. Elle est davantage d'ailleurs qu'une contribution remarquable à l'étude de la médecine ; elle l'est aussi, par la mesure des travaux de quelques-uns des grands médecins militaires, à l'étude générale de la médecine.

J.-F. A.

Dépôt légal. — 1947. 2e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 18. — SAMEDI 3 MAI 1947 120e ANNEE Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France..............	356 fr.
au lieu de ....375 fr.	
Un an : étudiant..............	190 »
au lieu de................200 fr.	
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours spécial d'externat (23 avril 1947)

Anatomie :

1° Enumérer les nerfs craniens et indiquer pour chacun d'eux le ou les orifices de sortie du crâne (sans aucun détail) ;
2° Description du ligament latéral interne du coude (sans les rapports) ;
3° Enumérer dans l'ordre d'origine les branches collatérales et terminales de l'artère carotide externe ;
4° Enumérer les branches collatérales du nerf grand sciatique ;
5° Rapports immédiats de l'artère fémorale au tiers inférieur de la cuisse, dans le canal de Hunter (orifice de sortie exclus).

Pathologie médicale :

1° Caractères essentiels de l'arthrite du rhumatisme articulaire aigu (maladie de Bouillaud) ;
2° Enumérer les causes des ascites (sans description) ;
3° Description et signification du rythme respiratoire de Cheyne-Stockes ;
4° Caractères du souffle cardiaque de l'insuffisance aortique ;
5° Etat des réflexes tendineux du membre inférieur :
— dans la poliomyélite antérieure aiguë ;
— dans les paraplégies par compression ;
— dans le tabes ;
Indications et contre-indications de la vaccination antivariolique.

Pathologie chirurgicale :

1° Enumérer les signes physiques qui permettent d'affirmer l'étranglement d'une hernie crurale à l'exclusion de tout diagnostic différentiel ;
2° Décrire les manœuvres cliniques permettant de rechercher le choc rotulien ;
3° Renseignements fournis par l'inspection dans les luxations antéro-internes récentes de l'épaule ;
4° Sur quels signes fait-on le diagnostic d'un abcès froid superficiel ?

Concours pour deux places de stomatologie des hôpitaux 1947. — Liste par ordre de tirage au sort de M. les Membres du jury : Mme Chaput, MM. Richard, Lemerle, Hénault, Fleury, Houzeau, Lacaisse, stomatologistes ; Degos, médecin ; Couvelaire, chirurgien.

Concours pour trois places d'électro-radiologiste des hôpitaux 1947. — Liste, par ordre de tirage au sort, de MM. les Membres du jury : MM. Cottenot, Mallet, Thoyer-Rozat, Peuteuil, Stuhl, Dubost, Gally, électro-radiologistes ; Caroli, médecin ; Fèvre, chirurgien.

Assistant d'ophtalmologie des hôpitaux. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Polliot.

Hospice National des Quinze-Vingts

Il est ouvert un concours, le 23 juin 1947, pour un emploi de chef de laboratoire à la Clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts.
Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de l'Etablissement, 28, rue de Charenton, jusqu'au samedi 14 juin 1947.

Faculté de Médecine de Paris

Transferts de chaires. — Le Conseil de la Faculté a accepté le transfert de M. le prof. Chabrol à la chaire de Clinique médicale de Saint-Antoine qui deviendra vacante au moment de la retraite de M. le professeur Loeper ; et le transfert de M. le prof. Guy Laroche à la chaire de Clinique médicale qui sera vacante après la mutation de M. le professeur Chabrol.
M. le prof. Alajouanine passera de la chaire d'Histoire de la médecine à la chaire de Clinique des maladies nerveuses lorsqu'elle sera vacante.
Vacances. — Les deux chaires de Thérapeutique et d'Histoire de la médecine seront déclarées vacantes.
Nominations. — M. le prof. Jean Lhermitte recevra le titre de professeur honoraire.
MM. Jean Cottet, Sénécal, Raynaud et Tusques sont nommés « chargés des fonctions d'agrégé » pour la durée de leur mission.

Facultés de Médecine

Sont nommés à la classe exceptionnelle MM. les professeurs Mouriquand et Policard (de Lyon) ; Lemaître et Harvier (de Paris).

Collège de France. — M. Jean Roche, professeur à la Faculté de médecine de l'Université d'Aix-Marseille, est nommé professeur titulaire de la chaire de biochimie générale et comparée du Collège de France.

Légion d'honneur. GUERRE

GRAND-OFFICIER. — M. le médecin général inspecteur Gay-Bonnet.

Légion d'honneur. SANTÉ PUBLIQUE

OFFICIER. — M. le prof. Polonowski (Paris) ; M. le prof. Henri Roger (Marseille).

CHEVALIER. — M. le Dr René Gauthier (Marseille) ; Mlle Jeanne Lévy, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; MM. les Drs Paret (Marseille), Fernand Petit (Grenoble), Salamon (Marseille), Paul Seidmann (Paris), André Tailhefer (Paris).

Médaille d'honneur des épidémies

MÉDAILLE DE BRONZE. — Méd. cap. Beguin ; Mme le méd. s.-lieut. Marie-Thérèse Caumont.

EDUCATION NATIONALE

Conseil supérieur de l'Education nationale
Le Conseil supérieur est convoqué en session ordinaire le 12 mai 1947.

Hygiène scolaire et universitaire
Désignation des médecins examinateurs chargés du contrôle médical dans les lycées collèges, écoles techniques
Désignation des médecins d'internat des établissements d'enseignement du second degré, ainsi que des médecins et chirurgiens consultants

La Commission académique d'Hygiène scolaire pour les Etablissements d'enseignement du second degré et technique, dont la nouvelle composition a été fixée par un arrêté ministériel, siégera prochainement auprès du recteur de chaque Académie.

Les médecins examinateurs (chargés du contrôle médical des élèves), nommés l'année précédente, actuellement en fonction et qui désirent être renouvelés, doivent faire une nouvelle demande, les désignations étant annuelles.

En outre, les médecins d'internat (chargés des soins aux internes), ainsi que les médecins et chirurgiens consultants des internats actuellement en fonction, doivent, en vertu d'un arrêté ministériel en date du 18 avril 1947 sur la médecine d'internat, faire une demande pour être renouvelés dans leur fonction après le 30 septembre 1947. En effet, ces médecins seront dorénavant désignés par le recteur, après avis de la Commission académique d'Hygiène scolaire.

Les demandes de renouvellement et les nouvelles candidatures, tant pour les médecins examinateurs que pour les médecins d'internat, seront reçues par le recteur de l'Académie intéressée (Inspection régionale de l'Hygiène scolaire et universitaire), jusqu'au 20 mai 1947.

Commission interministérielle de l'enseignement français à l'étranger. — Sont nommés membres de cette commission : M. le recteur Roussy, M. le doyen Hermann (Faculté de médecine de Lyon), M. le doyen René Fabre (Faculté de pharmacie de Paris).

GUERRE

Ecole du Service de Santé militaire de Lyon. — Le concours d'admission aura lieu les 26 et 27 juin 1947 dans les centres suivants : Alger, Angers, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dijon, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Paris, Poitiers, Rabat, Rennes, Rouen, Strasbourg, Toulouse, Tours, Tunis.

Pour tous renseignements, s'adresser au ministère de la guerre (Direction du Service de Santé, 1er bureau : personnel), 231, boulevard Saint-Germain, Paris (7e) ou aux directions régionales du Service de Santé.

COURS

Hôpital Foch à Suresnes

Lundi 5 mai. — 9 h. 30 : Prof. agrégé Kourilsky. Présentation des malades.

Mardi 6 mai. — 9 h. 30 : Dr Bidermann. Les bronchectasies. — 10 h. 30 : Prof. agrégé Kourilsky. Présentation des malades.

Mercredi 7 mai. — 9 h. 30 : Prof. agrégé Kourilsky. Cours de physiologie pathologique : Exploration fonctionnelle de l'appareil respiratoire. — 10 h. 30 : Prof. agrégé Kourilsky. Présentation des malades.

Vendredi 9 mai. — 9 h. 30 : Prof. agrégé Kourilsky. Cancer du poumon. — 10 h. 30 : Présentation des malades.

Samedi 10 mai. — 9 h. 30 : Prof. agrégé Kourilsky. Consultation externe. Présentation des malades.

Mariage

On annonce le mariage de M. le docteur Jean Battini avec Mlle Paula Fiorini, fille de Mme et M. Antoine Fiorini, industriel à Constantine. 23, rue Valée, à Sétif (Algérie).

Nécrologie

Mme le Dr Pouzin-Malègue, ancien interne des hôpitaux de Paris (1912), médecin des hôpitaux de Nantes.

— Le Dr Emile Vinant, médecin expert près les tribunaux, décédé à Paris, 13, rue Washington.

— Le Dr Emile Manolesco, à Paris.

— Le Dr Marius Milhaud, à Claret (Hérault).

— Le Dr Gaston Bloch, à Neuilly-sur-Seine.

— Le Dr Toulouse, ancien chef du Centre de Prophylaxie mentale, décédé à Paris, à l'âge de 82 ans.

Renseignements

1° Cabinet à céder dans station thermale. Saison de cinq mois. Clientèle internationale. Etablissement physiothérapique attaché au cabinet, mais pouvant être séparé.

2° Cabinet à céder dans station climatique du midi de la France, avec relations internationales.

Ecrire : Office de renseignements de la Société médicale méditerranéenne, 24, rue Verdi, à Nice. Joindre un timbre pour la réponse. Les renseignements de l'Office sont gratuits.



Traitement immédiat de la phlébo-thrombose (1)

par le Professeur René Leriche, du Collège de France

Avec les moyens existant actuellement, pouvons-nous réduire la durée et le risque de la thrombose veineuse ?

Certainement oui. Mais, il faut renoncer à une passivité traditionnelle qui, méconnaissant les efforts normaux de la vie végétative, ne songe, un peu puérilement, qu'à ceux qui se passent dans le système de la vie de relation, et condamne à un repos prolongé et excessif, indistinctement, tous ceux qui présentent soudain un aspect de phlébite.

Nous ne devons plus nous contenter de mettre en gouttière, d'appliquer quelques sangsues, et d'attendre pendant 6 à 8 semaines que la thrombose soit organisée définitivement.

Cette thérapeutique de renoncement nous a empêchés, depuis cinquante ans, d'analyser comme il aurait fallu la physiologie pathologique de la phlébothrombose.

Elle nous a empêchés de voir les deux éléments essentiels de son évolution anatomique et clinique, qu'une attitude moins résignée m'a permis de mettre en évidence.

Tout d'abord, *la part que prend dans la genèse des symptômes la mise en éveil anormal de l'élément nerveux de la paroi*, du fait même de la thrombose. J'ai pu montrer opératoirement, il y a vingt-sept ans (2), la part du sympathique périveineux dans l'évolution des symptômes postphlébitiques, puis il y a vingt-trois ans que la sympathectomie périartérielle améliore l'état des anciens phlébitiques ; enfin, il y a vingt ans, que l'ablation d'un cordon veineux oblitéré fait souvent disparaître la douleur, diminuer l'œdème, cesser les troubles trophiques. Cependant cette opération ne change rien à l'hémodynamique. On ne peut comprendre son efficacité que par suppression d'un réflexe vaso-constricteur artériel et veineux, comme il en est avec l'artériectomie dans les thromboses artérielles. Les troubles consécutifs à une thrombose veineuse sont donc un complexe, dans lequel le déséquilibre de l'élément nerveux pariétal (veino-sensible) joue son rôle à côté de la gêne mécanique du courant sanguin de retour.

En second lieu, j'ai établi, en paralysant les vaso-constricteurs du membre inférieur par la novocaïne, qu'au début clinique de la thrombose veineuse, il y a un spasme étendu. J'ai vu plusieurs fois un cordon saphénien induré et douloureux sur tout le trajet de la veine, à la cuisse, s'effacer quelques instants après l'infiltration lombaire. Il me semble que la phlébographie précoce met ce spasme en évidence. Mais les films sont difficiles à lire et comme je l'ai dit à l'Académie de Chirurgie en 1943, nombreuses sont les causes d'erreur. Il est probable que la thrombose, très localisée au début, engendre une contraction veineuse étendue qui joue un grand rôle dans la symptomatologie des premiers jours et que, si on laisse persister, favorise certainement l'extension de la coagulation sus-thrombotique. La rapide guérison d'un grand nombre de soi-disant phlébites, et une guérison sans séquelles, à la suite de l'infiltration lombaire, en est la preuve. Il est vraisemblable que chez les malades traités par l'anesthésie sympathique précoce et répétée, la maladie reste à l'état de phlébothrombose limitée, alors qu'abandonnée à elle-même, elle serait devenue la *phlegmatia alba dolens* habituelle.

Lorsqu'en 1934 j'ai essayé avec Kunlin, de traiter la phlébite par l'infiltration lombaire répétée, mon but était de supprimer la douleur et de diminuer l'œdème. Je ne prévoyais ni cette dissociation des phénomènes, ni l'heureux effet de la suppression du spasme. Ce que j'ai observé depuis douze ans, ne peut s'expliquer qu'ainsi.

Et maintenant, il me semble que ce que nous appelons cliniquement une phlébite est fait de trois éléments successifs : une thrombose localisée (agglutination de plaquettes), un spasme qui fait apparaître la douleur de l'œdème, et une coagulation extensive sus-thrombosique. L'élément mécanique n'apparaît qu'en dernier lieu.

L'art dans le traitement consiste à agir sur le spasme aussitôt que possible. On coupe court ainsi, dans la grande majorité des cas, à la troisième phase de la maladie, la seule que jusqu'ici nous connaissions, car depuis 1934 je n'ai vu que trois fois la forme *phlegmatia*.

Les résultats de l'infiltration lombaire répétée ont, en fait, dépassé mes espérances.

En 1934, dans notre premier cas (1), sept inlfitrations firent disparaître complètement la douleur et l'œdème et tomber la température. Au quinzième jour, la malade put se lever et rentrer chez elle, sans œdème. Elle demeura guérie.

Dans un second cas, 8 infiltrations firent cesser une phlébite en 20 jours. La malade rentra chez elle à pied, le 28e jour.

Dans un troisième cas, 4 infiltrations amenèrent la guérison. La malade put se lever sept jours après le début de la phlébite. Elle avait subi une appendicectomie à froid : au 23e jour, elle put rentrer chez elle, complètement guérie. Son hospitalisation n'avait été prolongée que d'une dizaine de jours. Elle a été revue trois mois après sans séquelle.

En somme, en anesthésiant, au premier signe, le sympathique lombaire et en répétant les infiltrations autant qu'il est nécessaire, on réduit la maladie à peu de chose. En supprimant le spasme, on empêche l'extension de la thrombose.

Dans les années qui suivirent, plusieurs de mes élèves, Lucinesco, Honot, ont apporté des faits confirmatifs recueillis à la clinique de Strasbourg. De même Wertheimer, Aufrère et Mathieu, de Fourmestraux et, en Italie, de Gasperis, puis Fasano. Je ne sais si la méthode s'est répandue davantage. Je ne m'en suis plus occupé. Mon intérêt était ailleurs. Mais je connais deux statistiques, auxquelles on ne refusera pas, je crois, une réelle valeur démonstrative.

En 1940, Ochsner et De Bakey ont publié les résultats (2) de l'infiltration lombaire dans 22 phlébites consécutives. La douleur, disent-ils, a disparu en un temps de 15 minutes à une demi-heure, après la première injection dans 86.3 % des cas. Elle a définitivement disparu dans les autres après la seconde.

Dans 50 % des cas, la fièvre a cessé complètement au bout de 48 heures. Deux malades en ont eu encore plus d'une semaine, un pendant 8 jours, un pendant 31 : ce malade fit un infarctus, bien que tout symptôme périphérique de thrombo-phlébite eût disparu en 9 jours. Il a du reste rapidement guéri.

La disparition de l'œdème a été généralement rapide. Huit malades n'en avaient plus au bout de 4 jours. Tous, sauf deux, n'en avaient plus au bout de 10 jours. Chez les deux autres, il a disparu le 11e et le 12e jour qui suivirent le début des infiltrations. Deux malades ont quitté l'hôpital au 8e jour, et 90 % au 12e jour. Deux seulement sont restés plus longtemps, un à cause de l'infarctus ci-dessus signalé, l'autre pour permettre une analyse expérimentale.

Les malades ont été suivis de 4 mois à un an. Aucun n'a eu retour de manifestation thrombophlébitique. Aucune autre forme de thérapeutique n'a été utilisée.

En 1941, les mêmes auteurs ont publié une nouvelle statistique de 41 cas qui ne fait que confirmer la précédente. La

---

(1) Cours du Collège de France, 1945.

(2) « De la part du sympathique périveineux dans la genèse de l'eczéma variqueux », *Lyon Chirurgical*, novembre 1919 ; « Essai de traitement des suites éloignées des phlébites du membre inférieur », *La Presse médicale*, 4 avril 1923 ; « Traitement chirurgical des suites éloignées des phlébites et des grands œdèmes non médicaux des membres inférieurs », *Mém. de la Société de Chirurgie*, 9 février 1927 ; « Sur l'importance de la périphlébite dans la genèse des accidents consécutifs aux oblitérations veineuses », *Mém. de la Société de Chirurgie*, 6 avril 1927 ; « Recherches expérimentales sur les œdèmes chirurgicaux des membres d'origine phlébitique » (avec Jung), *Journal de Chirurgie*, avril 1931 ; « Considérations sur le traitement chirurgical de la phlébite du membre inférieur et de ses séquelles éloignées », *Journal international de Chirurgie*, novembre 1938. « Phlébographie dans les phlébites. » *Académie de Chirurgie* 2 juin 1943, p 313.

J'ajoute qu'en 1942 j'ai exposé mes idées sur le traitement des phlébites dans mon cours du Collège de France.

(1) « Traitement immédiat des phlébites postopératoires par l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire », *La Presse médicale*, 22 septembre 1934, n° 76.

(2) Ochsner et Michael De Bakey : « Therapy of Phlebothromboses and thrombophlebitis », *Archives of Surgery*, février 1940, vol. 40, n° 2. Id. : « Le traitement rationnel de la phlébite », *New Orleans medical and shurgical Journal*, t. 94, octobre 1941, p. 173.

douleur a disparu définitivement 35 fois après la première infiltration, quelquefois en 15 à 30 minutes. Chez les 6 autres, ce fut après la deuxième injection. 25 malades furent apyrétiques après 48 heures, 2 seulement conservèrent une température élevée plus d'une semaine par suite d'une autre complication. Dans 50 % des cas, l'œdème se résorba en moins de 4 jours et dans 30 % en moins de 8 jours. Chez deux malades seulement il persista 12 jours. Les deux tiers des malades purent quitter l'hôpital du 4e et au 8e jour du traitement et 23 % du 10e au 12e jour. Il n'y eut aucune séquelle. Et les auteurs concluent que « *le seul traitement rationnel de la phlébite est le blocage novocaïnique du sympathique qui supprime le vasospasme responsable des manifestations cliniques de la thrombo-phlébite* ».

Geisendorf (1) a appliqué la même méthode dans la clinique de Kœnig, à Genève, et a apporté, en 1941, une statistique de 50 phlébites, 22 consécutives à une opération gynécologique, 28 à un accouchement. Il a fait de 2 à 18 infiltrations. Le lever sans rechute a eu lieu :

Dans 11 cas, du 5e au 10e jour.
— 15 — 11e — 20e —
— 7 — 21e — 30e —
— 7 — 31e — 40e —
— 8 — 41e — 75e —

En somme, dans 40 cas sur 50, la maladie a duré moins de 6 semaines, durée minima de l'immobilisation classique.

Geisendorf (1) considère l'infiltration comme un « énorme progrès » et, en juin 1943, Kœnig, prenant la parole à la XXIXe session annuelle de la Société Suisse de Chirurgie, a pu écrire que « *cette méthode, simple, inoffensive, indolore, a transformé dans ses services l'évolution de la phlébite. Appliquée dès les premiers symptômes, elle fait avorter bon nombre de phlébites caractérisées. Elle a raccourci notablement la durée dans d'autres, et a eu un effet sédatif remarquable sur le symptôme douloureux que nulle autre thérapeutique n'égale jusqu'à présent.* »

J'ajouterais, d'après ce que j'ai vu, que l'on évite par l'infiltration précoce non seulement la pénible infirmité que la phlébite laisse souvent après elle, mais encore l'embolie infarctoïde, que favorise certainement l'extension progressive de la thrombose, si ce n'est pas elle qui la cause.

Mais, il y a des cas qui résistent à l'infiltration. Il y en a peu, mais il y en a : bien que la douleur cesse, l'œdème demeure, s'étend, et parfois l'autre membre se prend.

Dans ces dernières années, je me suis efforcé d'étudier ces cas. J'ai acquis la conviction qu'alors, la thrombose est massive d'emblée. Un volumineux caillot distend à bloc la veine fémorale et la veine iliaque externe, se prolonge dans les collatérales superficielles. Il n'y a plus d'état spasmodique. Le système veineux, gonflé à bloc, est pratiquement supprimé. L'infiltration est évidemment alors sans objet. Aussi m'a-t-il semblé que, dès que l'infiltration ne produit pas l'effet habituel, il y a lieu de découvrir la veine, de l'ouvrir et d'enlever le caillot. J'ai attendu deux ans l'occasion d'essayer.

En 1938, une malade est entrée dans mon service avec un énorme œdème qui continuait d'augmenter, malgré une infiltration lombaire qui avait été sédative. Les signes d'une thrombose du côté opposé étant apparus, je découvris les vaisseaux fémoraux à travers un tissu terriblement infiltré. L'œdème suintait sans arrêt de toutes parts. Dans la graisse et dans les muscles, la section montra de nombreuses veines complètement thrombosées. La gaine vasculaire était cartonnée, œdémateuse. L'artère avait son adventice très rouge, enflammée, épaissie et œdémateuse, avec des placards rougeâtres. Elle était immobile et ne battait pas. Mais elle n'était pas oblitérée. Les veines étaient remplies à bloc. Deux grosses collatérales, rétroartérielles, aboutissaient à une énorme veine fémorale, dont la face antérieure mesurait 3 cm. de large, gonflée comme une énorme et gigantesque sangsue surdistendue, ne s'écrasant pas sous le doigt. Après avoir passé sous elle, et sous les collatérales qui la formaient, deux liens souples, j'incisai la paroi veineuse. Il en sortit, bavant, du sang rouge, puis de gros caillots rouges. Cela déboucha une grosse collatérale postérieure, ayant le volume de l'index qui se mi à saigner à flots. Elle fut liée. Je ne pus débloquer la veine fémorale complètement, le caillot était adhérent en haut vers l'iliaque. Je réséquai 4 cm. de veine entre deux ligatures et terminai par une sympathectomie périartérielle. Les accidents rétrocédèrent rapidement. La malade guérit, et 8 mois plus tard fut revue ayant repris ses occupations, mais gardant un peu d'œdème le soir. Elle n'en avait pas dans la matinée. Il est à noter que l'opération eut un effet favorable sur la jambe du côté opposé qui désenfla rapidement et n'eut bientôt plus d'œdème (1).

Cette observation me conduisit à penser que l'infiltration avait ses limites, et qu'il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut donner. Là où la thrombose est encore très réduite et où le spasme prédomine, l'infiltration a une action immédiate décisive : la thrombose ne progresse plus, le danger d'embolie est considérablement réduit, la maladie est rapidement terminée. Ces cas ne comportent pas d'indication opératoire dans l'état actuel des choses.

Quand, au contraire, la thrombose est massive, intéressant les veinules et les gros troncs, l'infiltration perd ses droits. Elle ne peut plus être qu'une médication antalgique temporaire. L'indication opératoire est formelle. *Il faut aller débloquer la veine et rétablir au moins en partie la perméabilité veineuse.*

Mais, où et à quel niveau ? La phlébographie au début est d'interprétation difficile. Pour ma part, je ne suis pas certain de les lire comme il convient. Le spasme est évident sur toute la saphène interne bien souvent. Ailleurs, y a-t-il un arrêt ? A moins que ce ne soit sur la poplitée ou sur la fémorale, on ne sait pas encore si le manque de remplissage n'est pas dû à une faute de technique. De plus, le cliché ne nous dit pas où cesse l'oblitération, ce qui serait cependant nécessaire. En 1942, dans mon cours sur les phlébites, j'ai projeté à ce sujet de nombreux films faits à Strasbourg, à Lyon et à Paris, avec Fontaine, Frieh, Kunlin et Servelle. Parmi mes clichés, en voici deux : un blocage fémoro-iliaque de six jours avec remplissage de la saphène interne et par elle de la honteuse externe qui a injecté les veines des bourses et les spermatiques et une thrombose de la partie haute de la fémorale au 5e jour. Le film est vraiment utile dans les cas où le diagnostic est hésitant entre phlébite et embolie. Fontaine, Joao dos Santos (2) ont publié les faits où phlébographie et artériographie leur ont permis un diagnostic précis. J'ai pendant longtemps cherché l'oblitération sur la veine fémorale. Je pense actuellement que, *si la condition générale du malade le permet, ce sont les veines iliaques, la primitive et l'externe, qu'il faut découvrir par voie sous-péritonéale, car c'est là où le plus souvent, dans les phlébites importantes, siège le coagulum adhérent.*

Dans les cas que j'ai opérés par la voie fémorale, je n'ai jamais pu enlever la totalité du caillot. Il adhérait dans le segment iliaque.

En voici un exemple, que l'amitié du Dr Bergeret m'a permis de recueillir à l'Hôpital américain :

Observation. — *Thrombose massive post-opératoire. Thrombectomie et résection veineuse après infarctus. Guérison. Résultat de quinze mois.*

M. L., 66 ans, est opéré par le Dr Bergeret, le 20 octobre 1943, d'une fistule anale. Le 28, il présente un point de côté de la base pulmonaire droite. On trouve de la submatité, et on songe à un petit infarctus. Dans les jours suivants, la scène se précise, mais il n'y a pas de signes apparents de phlébite. Le 5, on note qu'il n'y a pas d'œdème, et que les oscillations sont normales aux deux membres inférieurs. Le 6, le malade se plaint d'une *douleur dans la fosse iliaque gauche* et d'une grande asthénie. Le 7, dans la nuit, survient une *douleur violente au dessus du pli de l'aine*, qui irradie dans tout le membre inférieur. Sur le matin, on voit se constituer une *tuméfaction* du membre inférieur gauche *qui commence par la cuisse, descend progressivement*, s'arrête un temps au genou et finalement envahit tout le membre. L'œdème est important, dur, tendu et violacé. Le 8, l'œdème se teinte de taches ecchymotiques. Il est si douloureux que l'on fait de la morphine. Les oscillations sont nulles. La situation est menaçante, et on a l'impression d'une gangrène imminente. Le Dr Lambling, qui voit le malade avec le Dr Bergeret, a l'impression

(1) W. Geisendorf : « Cinquante cas de phlébite traitée par des infiltrations du sympathique lombaire », *La Presse médicale*, 20 août 1941.

(1) « Résultats d'une thrombectomie précoce avec résection veineuse dans une phlébite grave des deux membres inférieurs » (avec W. Geisendorf), *La Presse médicale*, n° 69, 30 août 1939.
(2) Joao Cid dos Santos : *Patologia general dos isquemios dos membros.* Lisbonne, Librairie Lino-Espana, 1944, p. 90.

d'une embolie artérielle et me le montre, à fin d'opération, à la demande de Bergeret. Il me semble qu'il s'agit plutôt d'une *phlébite avec artériospasme*, et je fais une infiltration lombaire d'essai. Le résultat en est nul. Je décide d'intervenir. Dans l'après-midi, aidé de Kunlin, je découvre la veine fémorale. Il y a partout dans les plans superficiels une énorme congestion veineuse. Les veines coupées giclent en jet ininterrompu. L'artère fémorale est très rouge, un peu œdémateuse. Immobile, elle ne bat pas, mais elle n'est pas thrombosée. La veine est distendue à bloc. Je l'incise. Il sort du bout périphérique un long *caillot de 18 centimètres*. J'essaie d'extraire le caillot du bout supérieur, mais il tient fortement et se rompt. Je renonce à le rattraper, et je résèque deux centimètres de la veine entre deux ligatures. Je remarque alors que l'artère recommence à battre. Je fais prendre les oscillations. Elles sont revenues avec un indice d'une division du Pachon.

Dès le lendemain l'œdème a considérablement régressé. Les douleurs ont cessé. La situation semble retournée. La teinte violacée a disparu. Guérison progressive, mais quand le malade se lève, l'œdème reparaît à la partie inférieure de la jambe et dans la région lombaire. Il n'y a aucune douleur et pas le moindre trouble trophique.

Le 28 janvier 1945, donc au bout de 15 mois, l'opéré m'envoie d'excellentes nouvelles : il n'est, dit-il, que très légèrement impotent et n'a pas d'œdème.

Dans ce cas, le résultat eût sans doute été meilleur encore si, attachant plus d'importance aux dires du malade qui me parlait d'une douleur du début dans la fosse iliaque, à laquelle avait succédé une douleur inguinale le jour suivant, qui me décrivait la marche descendante de son œdème, j'avais découvert les veines iliaques. Il m'aurait été probablement possible d'enlever la totalité du caillot, près de sa ligne d'adhérence.

A l'avenir, j'interrogerai avec soin et j'écouterai mieux les malades. Je ferai plus attention aux détails de leur examen, et j'irai à l'iliaque plutôt qu'à la fémorale.

Mais il y a des cas où la thrombose récidive immédiatement, s'étend et amène la mort. J'ai perdu un malade ainsi. Le caillot n'avait pu être enlevé en totalité.

Observation. — *Thrombose massive de la fémorale gauche quatre jours après sympathectomie lombaire droite. Thrombectomie le lendemain. Rétrocession des accidents. Thrombose massive du côté droit sept jours plus tard. Mort par thrombose intracardiaque.*

Z. L., 48 ans. Sympathectomie lombaire haute à droite pour artérite, le 4 décembre 1943. Suites normales jusqu'au 8 au soir, où apparaît une douleur à l'aine gauche qui diffuse rapidement à la face externe de l'aine et du mollet. Le lendemain, il est né un gros œdème de la jambe et de la cuisse qui est cyanique. Le diagnostic de thrombose massive est fait et le malade immédiatement opéré (Kunlin). Découverte de l'iliaque externe. Incision de la veine distendue. Ablation d'un long caillot. On a l'impression de n'avoir pas tout enlevé. Résection du segment veineux intérieur par la phlébotomie. Cessation des douleurs. Rétrocession rapide de l'œdème. La guérison paraît obtenue, lorsque, le 16, à 18 h. 30, survient une violente douleur dans le mollet droit qui amène la mort en cinq heures, malgré tous les traitements dont la novocaïne intraveineuse qui n'a aucun effet.

Il est probable que dans ce cas, un caillot était resté à l'origine de la veine cave et a été le point de départ d'une thrombose du côté opposé avec embolie massive ou thrombose intracardiaque.

J'ai retiré de cette observation l'enseignement qu'il faut explorer les vaisseaux très haut et voir jusqu'à la veine cave. *Il faut chercher à dépasser l'extrémité cardiaque du thrombus.*

Dans les phlébites dites en bascule, qui sont, en fait, des phlébites de la veine cave, il n'y a pas de caillot initialement dans les veines iliaque et fémorale du côté pris en second lieu, le droit généralement. Il n'y a qu'une stase bloquée. Je considère que là un thrombectomie est d'urgente nécessité. Au bout de quelques semaines, on ne peut plus rien.

Jusqu'ici, j'ai été peu suivi. Seul mon ancien interne Forster (1) a publié, en 1941, 4 observations de phlébectomie précoce, dont 3 avec adjonction de sympathectomie périartérielle : les résultats ont été remarquables.

Au moment même où me préoccupaient les idées que je viens d'exposer, Laewen avait eu le même souci et, au cours de l'année 1938 également, il fit dans une Société allemande une communication sur la thrombectomie dans les thromboses de la veine fémorale et de la veine iliaque externe. Je ne la connais que par le bref résumé qu'en a donné le *Zentralblatt für Chirurgie* en 1939. Son idée première était de prévenir l'embolie pulmonaire par thrombectomie. Puis, il s'était demandé si cela ne supprimerait pas par surcroît les troubles circulatoires engendrés par la stase veineuse. Il lui avait paru que, dans les gros œdèmes blancs ou cyaniques massifs, avec douleurs et paresthésies, il y avait lieu d'intervenir, et il en rapportait un exemple. L'énorme œdème aigu, très douloureux, datait de 3 jours. Le pouls était faible des deux côtés. Il trouva la veine fémorale fusionnée avec l'artère qui était contractée. Il ouvrit la veine, enleva des masses thrombotiques depuis le canal de Hunter jusque dans la veine iliaque externe sur 30 centimètres. Du sang liquide reparut dans la veine qu'il sutura. Le lendemain, le pied était chaud. La coloration cyanique avait disparu. Les douleurs avaient cessé. Cinq jours et demi après, la circonférence de la jambe avait diminué de 5 centimètres au niveau du genou et de 8 au niveau du mollet. Au 15e jour, le malade put se lever. Laewen pense que la circulation veineuse était redevenue libre. Dans un autre cas, où la simple découverte des vaisseaux n'avait donné aucun résultat pendant 29 jours, l'autopsie montra une thrombose diffuse.

A la suite de cette communication, Hintze et Zollenkopf apportèrent des recherches expérimentales entreprises à l'instigation de Laewen. Sur 15 lapins, 2 chats, 2 chiens, après avoir provoqué des thromboses veineuses, ils firent une thrombectomie du 3e au 24e jour. Des phlébographies à l'urosélectan montrèrent que sur 6 animaux, les voies veineuses étaient redevenues perméables. Il n'y eut aucun infarctus embolique.

Lange, à ce propos, rapporta trois observations de thrombectomie dans les phlébites puerpérales.

Enfin, Fründ communiqua deux cas où il avait coupé la voie à des embolies possibles, en réséquant la saphène après thrombectomie. Les malades avaient guéri. Son raisonnement était le suivant : 90 % des embolies mortelles ont leur point de départ dans le territoire de la veine fémorale. Si le malade n'est pas tué par une première embolie, il l'est, souvent, 12 ou 24 heures plus tard, par une seconde. Il est donc indiqué d'interrompre la voie de l'embolie.

Depuis lors, j'ai lu que John Homans (1) avait déjà, en 1929, lié la veine fémorale au delà de la saphène interne, pour barrer la route à l'embolie dans une phlébite datant de deux mois. Et je crois savoir qu'il a persévéré dans cette voie.

Cette pratique est systématisée par certains chirurgiens américains, Fine et Starr, Allen, Linton et Donaldson, avec d'excellents résultats.

Récemment enfin, Martorell, directeur de la section de chirurgie vasculaire de l'Institut policlinique de Barcelone, a rapporté (2) trois cas, dans lesquels il intervint par ligature de l'iliaque externe chez des malades ayant fait des embolies pulmonaires récidivantes. Il n'y eut plus de nouvel infarctus, et les trois malades ont guéri.

Réfléchissant sur ces cas, encore peu nombreux, mais assez démonstratifs, je pense que, *dans toute phlébite sévère qui ne cède pas rapidement aux infiltrations lombaires, l'intervention précoce est indiquée*. Elle l'est tout d'abord pour arrêter l'évolution de la phlébite elle-même et en prévenir les séquelles ; ensuite, au titre de la prophylaxie de l'embolie pulmonaire, non pas de la grosse embolie mortelle qui survient généralement, avant que la thrombose veineuse ne se soit manifestée, mais des petites embolies récidivantes qui créent les infactus à répétition.

Elle l'est aussi pour prévenir les terribles séquelles phlébitiques dont les chirurgiens ne se soucient guère.

Une question se pose : faut-il réséquer un segment veineux, lier en amont de la thrombose, ou suturer la veine après phlébotomie ? Je crois que, dans l'avenir, avec l'héparinisation, nous serons autorisés à suturer. Je n'aime lier ni la veine iliaque,

(1) Forster, « Quatre cas de phlébectomie avec sympathectomie pour phlébite du membre inférieur », *La Presse médicale*, 5 novembre 1941, n° 96, p. 1202.

(1) Homans : *loc. cit.*
(2) Martorell : « Conducta terapeutica ante el infarto pulmonar multiple par embolias repetidas », *Actas de las reunionas cientificas del cuerpo facultativo Policlinico*, avril 1944.

ni la veine fémorale. J'ai souvent vu persister de l'œdème après ces ligatures, pour quelque motif que ce soit.

On est là sur un terrain neuf. Les cas sont trop peu nombreux pour que l'on puisse fixer dès maintenant les limites de cette méthode. Mon impression est que, quand l'œdème est énorme, quand on soupçonne une thrombose massive avec artériospasme, et dans les phlébites bilatérales, il faut intervenir d'urgence, voir la veine iliaque et la veine cave, en s'aidant, si possible, d'une héparinisation destinée à prévenir la récidive de la thrombose. Il appartiendra à la phlébographie de nous fixer d'une part sur l'étendue de la thrombose, et, d'autre part, de nous dire si après l'intervention la veine est redevenue perméable. La question ne saurait laisser aucun chirurgien indifférent. Mais, il faut bien le dire, dans les grosses phlébites, la voie veineuse étant massivement bloquée, l'injection du produit de contraste n'est pas possible. Ce n'est pas la phlébographie qui pourra nous guider.

HEPARINISATION PREOPERATOIRE

Nous pouvons probablement plus encore aujourd'hui, grâce à l'effort de l'Ecole de Toronto et des Suédois. Je vous ai dit, l'an dernier, l'histoire de l'héparine de Howell. Je vous rappelle seulement que Jorpes du département clinique de l'Institut Carolin, de Stockholm, a obtenu le produit chimiquement pur que Hedenius et Wlander ont montré que l'héparinisation de l'homme était possible et qu'ainsi, le temps de coagulation du sang pouvait être maintenu élevé pendant une quinzaine d'heures. En 1935, Craford, chirurgien chef de l'Hôpital Sabhatsberg à Stockholm, a commencé l'expérimentation systématique chez l'homme avec une préparation qui avait une valeur de 8 à 10 fois plus grande que l'héparine antérieure. En 1937, il publia ses résultats, qui étaient probants, et montra, en particulier, l'action heureuse de l'héparine sur une thrombose de la veine centrale de la rétine.

Puis, Murray, du groupe de Toronto, montra par ses observations qu'avec l'héparine, la chirurgie vasculaire connaissait des réussites inconnues jusqu'alors dans l'embolectomie, dans les résections veineuses, les greffes veineuses, les ablations d'anévrysme, ce que confirmèrent, en Suède, Levidgren et Wylander.

En 1941, une réunion commune de la *Société suédoise de chirurgie* et de la *Société suédoise de médecine interne* a fait le bilan impressionnant des résultats acquis.

Craford y a rapporté des statistiques qui méritent d'être citées.

De 1937 à 1940, il a fait des séries comparatives d'opération de même type avec ou sans héparinisation :

Sans héparinisation : 302 cas		*Avec héparinisation : 325 cas*
90	hernies	97
49	vésicules	85
74	appendices	44
45	estomacs	27
10	cancers du côlon et du rectum	11
13	varices	11
11	seins	13
10	opérations sur les membres	9
Avec 33 thromboses certaines 9 fois constatées à l'autopsie avec coïncidence d'embolie. 18 syndromes douloureux avec crachats hémoptoïques.		Avec 3 thromboses.

A la même réunion, Wetterdal apporte, lui aussi, des séries comparatives d'opérations du même type.

Il opère sans héparinisation :

140 prolapsus avec	2 morts par embolie,	soit 1,5 %
	7 thromboses,	soit 5 %
	3 thromboses avec embolie,	soit 2,1 %
940 myomes avec	1 mort par embolie,	soit 0,1 %
	35 thromboses,	soit 3,8 %
	14 thromboses avec embolie,	soit 1,5 %
1.845 laparotomies avec	8 morts par embolie,	soit 0,5 %
	35 thromboses,	soit 1,9 %
	14 thromboses avec embolie,	soit 0,7 %

Avec héparinisation pendant 8 à 10 jours, commencée 8 heures après la fin de l'opération, à la dose de 4 injections par jour (8 heures du matin, midi, 4 heures du soir, 8 heures du soir), les résultats opératoires ont été les suivants :

Sur 35 prolapsus, 1 thrombose douteuse et 1 embolie douteuse.
Sur 70 myomes, 1 thrombose certaine et 1 douteuse.
Sur 22 laparotomies diverses, aucun incident.

Toujours en Suède, Bauer rapporte les résultats d'un *traitement abortif des phlébites* diagnostiquées précocement par phlébographie. Dans les 21 cas traités par l'héparine pendant 3 à 5 jours, tous les symptômes disparurent rapidement, alors que sur 32 traités par les moyens classiques, il y eut 2 morts, 3 embolies pulmonaires, 8 infarctus, 24 extensions de la thrombose de la veine fémorale.

Le temps moyen de maladie fut de 43 jours.

Les résultats de l'héparinisation sont-ils sensiblement supérieurs à ceux qu'a donnés l'infiltration lombaire? Je ne sais pas, mais de toute façon l'héparinisation est un immense progrès. Nous devrions l'employer systématiquement dans toutes les opérations qui exposent à la thrombose et pour les phlébites déclarées. Malheureusement l'héparine est chère. Les Américains eux-mêmes déclarent que le traitement est « to expensive » pour être fait au hasard et, de plus, il n'y a pas d'héparine en France. Il serait urgent que nous en ayons. Je ne sais pas quel est, annuellement, le nombre total pour la France des morts par embolie pulmonaire. Aucune statistique ne nous dit le nombre des phlébites postopératoires et des infarctus. Il est certainement grand. Et je suis sûr que les phlébites créent beaucoup d'infirmes. Que de morts, de maladies, d'infirmités pourraient être évitées avec l'héparine! Cela vaut bien quelque effort de la part de nos grandes firmes de produits chimiques.

Récemment Portes, Varangot et Vassy ont rapporté les résultats qu'ils avaient obtenus avec la dicoumarine. Il ne semble pas qu'ils vaillent ceux de l'héparinisation.

ACTUALITÉS

La Sécurité sociale et l'avenir de la thérapeutique

Au moment où la Sécurité Sociale va être appelée à jouer à plein rendement, puisque tous les Français, ou presque, deviennent des assujettis, on peut se demander si la nouvelle organisation ne risque pas de se trouver débordée par l'immensité de la tâche qui lui incombe.

Une question très grave se pose immédiatement : la collectivité ayant à faire face à des frais considérables ne sera-t-elle pas amenée, par mesure d'économies mal comprises, à limiter les moyens que la thérapeutique moderne met à la disposition des médecins pour les soins à donner aux assujettis, c'est-à-dire à tous les Français malades.

Dans un travail très fortement documenté (1), M. Lambling, médecin de l'Hôtel-Dieu, vient précisément d'étudier la position du malade, du médecin et de la collectivité devant la thérapeutique.

Ce travail, remarquable à tous égards, mérite d'être connu ; tout serait à citer. Obligés de nous limiter, nous ne pouvons en reproduire que les passages les plus importants :

Ecoutons notre confrère :

« La multiplication, depuis trente ans, de centres de surveillance ou de dépistage gratuits, l'organisation collective de la médecine réalisée pendant les longues années des deux guerres pour l'ensemble de la population masculine mobilisée ont beaucoup contribué à développer le besoin du conseil médical alors qu'au cours des générations précédentes, nombreux étaient les individus qui ne l'avaient pas sollicité au cours de toute une existence.

« Aussi, à la médecine d'urgence, à la médecine quelque peu grossière de la maladie infectieuse grave ou de la lésion organique déjà étendue dont le caractère pathologique s'impose aux yeux des moins avertis, et qui formait le fond des préoccupations de nos prédécesseurs immédiats, s'est substituée ou plutôt s'est superposée une médecine beaucoup plus nuancée, et plus difficile, — adaptée d'ailleurs à nos méthodes d'exploration

(1) « Le malade, le médecin et la société devant la thérapeutique », par A. Lambling, médecin de l'Hôtel-Dieu. Le *Concours Médical*, 26 avril 1947, p. 735 à 738.

modernes — de la maladie fruste sinon cliniquement latente qui, souvent, tourne court mais n'en prépare pas moins la lésion définitive de l'âge mûr, et surtout du trouble fonctionnel.

....

« Et ce malade, qui a pris récemment conscience de son existence, prétend, à juste titre, être reconnu et se faire soigner. Or, parallèlement à cette énorme extension du recrutement, la Société, qui a enfin mesuré à sa juste valeur la santé et le travail de ses membres, a décidé de prendre à son compte la surveillance médicale et le traitement éventuel de chacun d'eux. Peut-être pensait-elle surtout, en se fixant cette tâche, au seul groupe des organiques ? Peu importe, il les lui faut tous prendre en charge maintenant, les fonctionnels comme les autres... »

Ce n'est pas une mince charge : une statistique américaine que cite l'auteur, montre, en effet, que les troubles fonctionnels causent le plus grand nombre de jours d'indisponibilité.

« Les organiques représentent une charge définitive pour la collectivité. Elle se doit par humanité de les soigner, mais elle le fait sans espoir d'être payée de retour.

« Au contraire, ceux qui, au premier chef, méritent de retenir son attention, ce sont les malades de l'autre groupe, les fonctionnels qui se recrutent exclusivement, et c'est cela qui en fait l'importance, dans la fraction active et bien portante de la population. En effet, l'homme et la femme qui travaillent sont, au cours de leur existence, bien plus longtemps et souvent arrêtés dans leur activité, surtout en milieu urbain, par des troubles passagers que par une maladie grave.

....

« On arrive, pour les seuls troubles fonctionnels ou les affections légères du tube digestif, à un total de journées d'indisponibilité qui atteint vraisemblablement celui qu'additionnent les effets de la tuberculose et du cancer.

« Faut-il alors souligner que l'intérêt de la société est de se préoccuper du traitement de ces troubles mineurs avec autant d'attention que de celui des affections graves ?

***

« Le traitement des organiques, ajoute M. Lambling, est simple dans son schéma. Centres de diagnostics pour les dépister, centres d'hospitalisation pour appliquer la thérapeutique et, cette dernière, dans le domaine médical, n'offre pas non plus une grande complexité. Ici la thérapeutique est nette, tranchée, indiscutée pour un même type d'affection quels que soient les malades, variable seulement dans sa posologie. Elle peut presque s'inscrire en équation : insuffisance cardiaque, digitaline, ouabaïne ; épilepsie, phényl-éthylmalonylurée ; diabète, insuline ; myxœdème, extrait thyroïdien ; infections, vaccin, sérums, sulfamides, pénicilline, bismuth, arsenic ; grandes douleurs, morphine et succédanés ; intervention chirurgicale, anesthésiques locaux et généraux, etc...

« Serions-nous obligés d'en établir une liste limitative que notre embarras ne serait pas grand. C'est bien d'ailleurs la nécessité qui s'est imposée aux services de santé militaire et ceux qui y sont passés auraient mauvaise grâce de se plaindre des soins qu'ils ont reçus dans les organisations judicieusement conçues, tels qu'étaient, par exemple, les hôpitaux de l'armée américaine.

« Mais le problème change du tout au tout lorsqu'on aborde la question du traitement des troubles fonctionnels et des affections ou infections mineures. En quoi consistent-ils ? Ce sont les manifestations multiples des alimentations irrationnelles où les hypovitaminoses frustes ne sont pas seules en cause, les malaises nombreux des hypertendus, les catarrhes respiratoires des fumeurs et des vieillards, les convalescences traînantes des petites infections saisonnières, les asthénies psychiques et physiques des citadins surmenés, les états allergiques plus ou moins déterminés, les algies multiples dites « rhumatismales », enfin la gamme des troubles fonctionnels viscéraux, cardio-vasculaires, gastro-intestinaux, hépatiques, urinaires, génitaux, surtout chez la femme, auxquels le système neuro-végétatif et l'équilibre endocrinien de chacun va imprimer sa marque particulière.

« Rien n'est donc plus personnel, plus individuel que la réaction de ces malades à l'agent thérapeutique, qu'il soit chirurgical ou médical... »

A des manifestations morbides multiples le médecin est obligé d'opposer une médication complexe, polyvalente qui doit s'adapter à chaque cas particulier. Cette thérapeutique, comme on pourrait le supposer, n'est pas celle d'une clientèle aisée dont les loisirs entretiennent les troubles. Elle est celle des économiquement faibles que M. Lambling connaît bien pour les avoir soignés pendant de longues années dans le XVe arrondissement et à l'hôpital Necker.

« Ce sont également ces malades qui constituent la majorité des clientèles privées. Qu'on ne s'imagine pas que les grandes découvertes récentes, dont la pénicilline vient de nous ouvrir la voie, modifieront en quoi que ce soit la thérapeutique de ces troubles fonctionnels ou mineurs. Ils relèveront toujours de cette médication polyvalente faite plus pour le malade que pour la maladie et qui est bien propre à la médecine et à la thérapeutique françaises.

....

« Mais la collectivité, qui doit à la fois donner ses soins aux uns mais, par ailleurs, défendre la bourse des autres, croit voir, dans cette floraison de formules spécialisées, une tentation, une invitation au gaspillage et elle voudrait, pour ses fonctionnels, établir une liste limitative de produits remboursables, comme il apparaît si aisé d'en établir une pour les organiques.

« En pratique, cette discrimination s'est révélée impossible car on ne dispose, pour ce faire, d'aucun critère valable. »

....

« Ne serait-il pas, par ailleurs, pour le moins paradoxal de voir interdit à un groupe important de Français — le plus important puisque ce sera celui qui dépendra de la Sécurité sociale — toute une série de médicaments spécialisés dont l'honnêteté et la qualité ont été précédemment confirmées officiellement par l'octroi du visa. Mesure-t-on également le préjudice dont souffriront ainsi gratuitement les laboratoires dont les produits auront été exclus ? »

A cela la collectivité répondra sans doute que les officines peuvent préparer des mélanges complexes relevant de la prescription magistrale.

« En fait la réalité est tout autre. Il est tout d'abord incontestable que, pour un grand nombre de préparations complexes, l'officine est moins bien outillée que le laboratoire spécialisé ; il est des tours de main qui ne s'acquièrent que par la répétition du geste et l'activité d'une pharmacie de quartier est trop dispersée, allant du collyre au suppositoire, en passant par la potion, la pilule et l'inhalation, pour pouvoir effectivement les posséder. Par ailleurs, chose plus grave, elle n'offre pas, du fait même de cette absence totale de spécialisation, les garanties du laboratoire qui limite son activité à la préparation de quelques formules. Les intoxications médicamenteuses liées à des erreurs de doses et surtout à des confusions de produits sont, pour leur grande majorité, le fait des officines. »

....

« Il n'en est pas de même dans les grands laboratoires de spécialités où le nombre limité des produits rend la surveillance facile et, en outre, d'autant plus stricte que l'importance du débit imprimerait à toute erreur les allures d'une véritable catastrophe.

« Mais ceci ne représente qu'un très petit côté de la question.

« La formule magistrale ne peut plus actuellement résumer à elle seule tous les modes de traitement dont le médecin puisse se contenter. Sans la spécialité, sa liberté de prescription n'est pas respectée. Toute une série de formes médicamenteuses échappent, en effet, aux possibilités courantes des officines : granulés, dragées, pilules kératinisées ou à noyau mou. Je ne donnerai comme exemple courant que celui des peptones si utiles en thérapeutique vésiculaire et dans certains états d'allergie digestive. Leur mode d'action nécessite qu'elles parviennent en solution dans le duodénum ; or, les préparations liquides sont nauséabondes et rapidement contaminées et l'hygroscopie du produit interdit l'emploi des cachets. Sans granulé, que le pharmacien n'est pas outillé pour préparer, voici une drogue dont sera privée toute une catégorie de malades. Les exemples pourraient en être multipliés.

« Passons encore sur cette objection, bien qu'elle soit capitale à mon sens, et voyons quelles seraient les répercussions pratiques de cette brusque et énorme transposition du plan « spécialité » sur le plan « prescription magistrale ».

« Mesure-t-on l'embouteillage de toutes les officines, pour qui

la vente des spécialités représente 60 % à 80 % de leur chiffre d'affaires, si, au lieu de chacune de ces boîtes, elles devaient en effectuer la préparation ? Or, c'est là une situation qui se produirait du jour au lendemain si une liste restrictive devait être imposée. Et aurions-nous alors la certitude qu'en l'occurrence nos formules seraient exécutées avec toutes les garanties désirables ?

« Enfin, le gros argument de la collectivité, celui de l'économie jouera-t-il vraiment dans ces conditions ? On peut pour le moins en douter lorsqu'on sait qu'une formule polyvalente préparée à l'officine coûte plus cher, entre 25 % et 100 %, que la spécialité correspondante.

....

« Le bon sens impose une *conclusion* qui garantit les droits de tous, du malade qui veut être bien soigné, du médecin qui défend la dignité de sa profession et de la collectivité...

« S'il est impossible d'établir une liste limitative des médicaments simples ou composés dans le domaine de la thérapeutique fonctionnelle, il est cependant une liste d'exclusion très limitée et très précise qui s'impose. Ne seront pas remboursés par les collectivités responsables :

« 1° Les spécialités qui touchent directement le grand public au moyen d'une publicité extra-médicale. Aucune explication n'est ici nécessaire.

« 2° Certaines formes pharmaceutiques de luxe : vins, élixirs, produits chocolatés qui ne sont pas indispensables, et, dans certaines conditions, les granulés lorsqu'ils concernent des produits dont la préparation, le mode d'action et la tolérance sont compatibles avec la présentation en pilules, comprimés, cachets ou solution.

« 3° Enfin, toutes les spécialités, sans restriction, lorsque leur prix de vente dépasse celui d'une formule identique préparée en officine.

***

Sous ces réserves qui méritent toute l'attention, on peut estimer que la collectivité commettrait une erreur lourde de conséquences en limitant l'éventail thérapeutique indispensable aux médecins traitants. Il ne faut pas perdre de vue, comme le dit en terminant M. Lambling, que « la pharmacie française jouit encore maintenant à l'étranger, en particulier en Moyen-Orient et en Amérique du Sud, d'une situation de premier plan entre sa concurrente anglaise trop chère et le produit américain courant, de qualité et de présentation inférieures. La politique tatillonne et à courte-vue dont elle serait l'objet dans la métropole risquerait, paraît-il, de lui faire perdre définitivement, pour le plus grand dam de tous, sa place encore prééminente. S'il en est encore temps, qu'on ne la paralyse pas dans ses moyens de défense... »

L. G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 21 AVRIL 1947

Production expérimentale de jumeaux chez l'embryon d'oiseau. — MM. WOLFF et LUTZ (de Strasbourg). Note présentée par M. CAULLERY.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

SÉANCE DU 22 AVRIL 1947

Rapport sur la séro-vaccination dans le tétanos et la diphtérie. — M. TANON. — L'Académie adopte le vœu que soit pratiquée la séro-vaccination et non la séro-prévention seule en cas de blessure suspecte d'infection par agent du tétanos ou lorsqu'un enfant aura été en contact avec un diphtérique.

Rapport sur la capacité professionnelle du chirurgien-dentiste. — M. LEMAÎTRE.

Rapport au nom de la Commission de la maternité. — M. LE LORIER. — L'Académie émet les vœux que : 1° l'enfant et la mère ne soient pas séparés pendant le séjour dans la maison d'accouchement ; 2° que le transport de l'enfant à sa sortie et surtout par temps froid, soit assuré dans de bonnes conditions (ambulance spéciale) ; 3° que soient spécialement surveillées les maisons d'accouchements soupçonnées de favoriser des « adoptions » suspectes ; 4° que des assistantes sociales spécialisées dirigent et surveillent l'organisation proposée ; 5° qu'il n'y ait de dérogation qu'en cas de force majeure, moyennant un certificat médical et la tenue d'un registre spécial ; 6° que par exception seul l'avis médical puisse ordonner que l'enfant soit conservé à la maison d'accouchements après la sortie de sa mère.

Importance relative des voies sanguine et lymphatique pour l'absorption de substances médicamenteuses et toxiques. — M. FABRE, Mlle REYNIER et M. JOUSSET. — Après administration par voie rectale le taux des sulfamides dans le chyle et dans le sang est beaucoup plus faible que par voie gastrique; pour réaliser le taux maximum dans le chyle il faut 4 h. 30 ; dans le sang il faut 7 heures. La voie lymphatique a sur la voie sanguine une prééminence nette au point de vue absorption.

Par voie intrapéritonéale les sulfamides passent beaucoup plus vite dans le sang (8 minutes) que dans le chyle (28 minutes). Le taux maximum est obtenu dans l'un et l'autre en 3 heures et est de 30 milligrammes pour 100 cmc. (10 milligrammes 5 par voie gastrique, 3 milligrammes 5 par voie rectale.

Après deux jours on trouve encore une quantité notable de sulfamides ; leur disparition n'est totale que vers le quatrième jour.

Nouveaux documents sur la pénicillothérapie endobronchique précise des abcès pulmonaires. — MM. MATTEI, TRISTANI et BARBE (Marseille). — Le lipiodol endobronchique dirigé permet de préciser diverses zones pulmonaires. L'abcès pulmonaire franc et libre est essentiellement justiciable de la pénicilline, elle aussi dirigée et précise grâce à la localisation de l'abcès par un lipiodol index et à une vérification terminale par le lipiodol de l'état local. La pénicilline permet dans ces cas la guérison sans bronchoscopie ni intervention chirurgicale.

Rupture de l'équilibre endocrinien après l'accouchement. — M. LÉVY-SOLAL. — Il existe un état de choc obstétrical par passage brusque de l'hyperglycémie du travail à l'hypoglycémie d'après accouchement ; chez les diabétiques la surveillance est particulièrement nécessaire. La chute de la protidémie n'est pas moins importante d'où l'intérêt des transfusions ou des injections de plasma. Chez les prééclamptiques en plus de l'hypocalcémie, de l'hyperphosphatémie et de l'acidose décompensée, il y a augmentation de la guanidinémie et de l'histaminémie chez certains sujets. Chez 1/5 des accouchées, il y a de plus fléchissement de l'immunité naturelle, en particulier contre le streptocoque.

De l'accouchement chez les femmes porteuses de fibromes. — MM. LANTUEJOUL et BADIE. — 37 observations (dont aucun fibrome prævia). 4 femmes ont été opérées pour dystocie fonctionnelle (3) ou secondairement (1).

Trente-deux fois le travail a été prolongé, mais a pu venir à bonne fin. Complication : 1 mort-né, 3 hémorragies de la délivrance, 2 suites de couches fébriles, quatre fois il y a eu dystocie grave et imprévue.

Influence décisive des glomus carotidiens dans le déclenchement des réactions cardio-vasculaires à l'anoxie. — MM. MALMEJAC et CHARDON. — L'hypertension consécutive est due à un facteur cardiaque et vasculaire ; les influences humorales et nerveuses contrebalançant l'action vasodilatatrice périphérique. L'hypertension est réflexe, les voies réflexes interrompues, il y a hypotension par prééminence des glomus. L'anorexie déprime les centres vaso-moteurs et excite les centres adrénalino-sécréteurs ; les glomus ont une action prépondérante sur la production des réactions hypertensives à l'anorexie.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 23 AVRIL 1947

A propos des douleurs des moignons d'amputation. — M. SICARD. — M. LERICHE estime qu'il faut retarder le traitement chirurgical aussi longtemps que les douleurs sont tolérables ; les infiltrations lombaires représenteraient pour la période d'attente la méthode la moins infidèle. Pour les douleurs pures du moignon, M. Leriche utilise volontiers la sympathectomie péri-fémorale ou même l'artériectomie si l'artère est oblitérée. Dans les douleurs du membre absent la radicotomie postérieure puis la neurectomie ont été essayées sans succès prolongé; la section haute du nerf suivie de suture immédiate a été tentée par M. Leriche avec des résultats intéressants. Cinq cas de myélotomie postérieure n'ont donné qu'un succès. Quant à la psychothérapie, elle n'aurait qu'une action purement transitoire.

L'amputation d'un membre doit être considérée comme une opération de chirurgie nerveuse ; il faut lier le nerf après novocaïnisation et phénolisation.

Kyste hydatique de l'estomac. — M. M. CAZALS. — M. Ameline rapporte l'observation d'un malade opéré de gastro-entérostomie chez lequel l'apparition de douleurs secondaires fait découvrir, au cours d'une deuxième intervention, l'existence d'un kyste hydatique placé au contact du pylore. Le rapporteur s'appuyant sur l'autorité de M. Dévé, rappelle que le kyste hydatique primitif de l'estomac n'a jamais été observé jusqu'à présent.

Vagotomie double sous diaphragmatique pour gastro-duodénite pseudo ulcéreuse. — MM. DUBOURG et DUBARRY. — M. M.-L. BAZY rapporte ce travail basé sur une douzaine d'observations concernant des malades opérés par vagotomie ; pour faire cette intervention un certain nombre de facteurs doivent entrer en ligne de compte : caractère des douleurs, estomac hypertonique avec bulbe irrégulier déchiqueté sans image de niche ulcéreuse. Echec des traitements médicaux habituels.

Les résultats obtenus par les auteurs sont bons mais encore récents.

Résultats de colectomie dans le mégacolon. — M. LERICHE a fait assez souvent des colectomies pour stase intestinale; les résultats à distance ne sont pas excellents. L'auteur discute les raisons de ces échecs : la maladie continue d'évoluer. L'origine de cette maladie peut être diencéphalique ou périphérique.

Le diencéphale peut régir le volume et la fonction d'exonération du colon ; M. Leriche en apporte deux observations.

Mais dans la plupart des cas, l'auteur estime que les lésions nerveuses sont périphériques et siègent dans les plexus de la paroi intestinale. La colectomie ne résoud pas seule le problème thérapeutique du mégacôlon et l'on peut se demander s'il n'y aurait pas intérêt à associer à cette opération d'exérèse des interventions sur le sympathique lombaire.

M. PATEL a dû totaliser secondairement une colectomie segmentaire qui n'avait pas donné un bon résultat.

M. QUENU a quelques bons résultats de colectomie totale.

La cure opératoire des hernies diaphragmatiques de l'enfant. — M. Jean CAUCHOIX et J. GOUGEROT présentent 4 observations dont 2 concernaient des hernies congénitales de l'hiatus de Bochdalek ; les deux autres étaient une hernie du hiatus de Larrey et l'autre une hernie droite traumatique.

Les auteurs rappellent les principes qui doivent présider à l'intervention chirurgicale chez ces enfants souvent en mauvais état général. Les auteurs ont toujours pu suturer la brèche diaphragmatique ; par contre, ils ont éprouvé quelque difficulté à refermer la paroi abdominale lorsqu'il s'agit de hernie congénitale, la cavité abdominale n'ayant pas une capacité normale du fait de la malformation. Les résultats éloignés sont excellents ; l'intervention amène rapidement une sédation de tous les troubles.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des apophysites et épiphysites de croissance par les perforations multiples.

On sait que certains points osseux complémentaires peuvent, au début de leur ossification, donner lieu à des troubles importants : douleur, gonflement, chaleur, en même temps que la radiographie montre, au lieu d'un noyau osseux homogène, une fragmentation irrégulière, une augmentation de volume de la plage d'ossification dans l'intérieur du cartilage.

On a décrit ces manifestations partout où le squelette présente une apophyse ou épiphyse en voie d'ossification : épiphysite de croissance du rachis, ostéochondrite de la hanche (maladie de Legy, Calvi, Perthes), apophysite tibiale (maladie de Lannelongue, Schlätter, Osgood), apophysite rotulienne (maladie de Larsen, Johansen), apophysite postérieure du calcanéum, scaphoïdite tarsienne (maladie de Köhler), épiphysite du 2e et du 5e métatarsien (deuxième maladie de Köhler), ostéochondrite de la tête humérale (E. Sorrel et Bufnoir), au coude épiphysite, épicondylite, ostéochondrite de l'olécrane, malacie du scaphoïde carpien (maladie de Reiner), malacie du semi-lunaire (Köhler, Albert Mouchet)... et nous en passons.

Certaines de ces affections sont importantes par leur durée et les séquelles graves qu'elles peuvent entraîner si elles ne sont pas soignées à temps, comme on le voit à la suite de l'épiphysite vertébrale et l'ostéochondrite de la hanche.

Parmi les autres, deux ont surtout attiré l'attention par leur fréquence, la durée des troubles qu'elles occasionnent et la fréquence des rechutes observées ; l'apophysite tibiale et l'épiphysite calcanéenne.

L'ossification du point complémentaire du calcanéum commence de 8 à 10 ans, celle de l'apophyse tibiale plus tard, vers 13 ans, aussi on peut voir les deux apophysites se succéder sur le même sujet, et plus rarement coexister.

Les troubles qu'elles provoquent : douleur à la marche, difficulté de courir, monter les escalier, cèdent vite au repos au lit, à l'immobilisation dans un appareil plâtré. Guéri au bout de quelques semaines l'enfant reprend sa vie normale et souvent les accidents se reproduisent. Ces rechutes sont possibles tant que le noyau épi et apophysaire n'est pas fusionné avec l'os sous-jacent : 14 à 15 ans pour le calcanéum, 17 ou 18 ans pour le tibia. Ces rechutes s'expliquent facilement par la situation de ces points d'ossification au niveau de l'insertion de volumineux tendons transmettant dans la marche, la course, le saut, les tractions des puissantes masses musculaires du triceps ou du quadriceps. C'est encore ce qui explique la prédominance de l'affection chez les garçons.

On conçoit quel inconvénient peut résulter pour les études d'immobilisations prolongées entre 10 et 15 ou 18 ans. Aussi une méthode simple qui permette à coup sûr d'obtenir en quelques semaines, et d'une manière définitive, la guérison, est-elle la bienvenue.

***

Ce sont Bosgan et O'Kane de New-York (The J. of bone and joint surgery, avril 1934. Vol. XVI, n° 2, p. 290-297, 17 fig.) qui les premiers ont proposé d'utiliser pour le traitement de l'apophysite tibiale (maladie de Schlätter) la méthode de Beek. On se rappelle que celle-ci consiste dans les fractures à consolidation incomplète et tardive à pratiquer de fines et multiples perforations à travers le cal dans l'espoir d'en modifier l'irrigation sanguine et aussi d'entraîner des parcelles osseuses dans les trajets de perforation. La technique de Bosgan et O'Kane est très simple : une incision verticale découvre la tubérosité antérieure du tibia. Avec une fine mèche une ou deux tunellisations sont pratiquées jusqu'à pénétration dans le tissu osseux de la diaphyse. L'immobilisation plâtrée est inutile. On laisse l'enfant marcher et reprendre une vie active dès que la douleur a disparu, ce qui se produit au bout de trois à quatre semaines. Les radiographies de contrôle montrent que la soudure osseuse est obtenue à six semaines ou à deux mois.

Ces perforations agissent tout d'abord sur la douleur et le gonflement par la décongestion que procure l'issue souvent abondante de sang par la plaie. L'ossification serait la conséquence du dépôt de poussières osseuses le long du trajet.

Les auteurs rapportent six cas opérés et guéris par cette technique plus simple que celles pratiquées antérieurement : fente pratiquée dans l'apophyse et le tissu diaphysaire (sir Robert Jones et Lovett — Orthopedic surgery, 1929) ablation partielle du foyer (Cotton in Dean Lewis' Practice of surgery, 1927), perforation avec implantation de greffes (Bosworth — New-York Academy of medicine, 16 déc. 1932).

Plus récemment la question a été reprise par P. V. Dupuis (de Bruxelles). (Soc. Belge d'orthopédie et de chir. de l'appareil moteur. Séance du 23 mars 1946. *In acta orthopœdica Belgica*, t. XII, juin 1946, f. 5, pp. 213-221, 4 fig.). Cet auteur fait remarquer que « la résection de l'apophyse malade telle que « depuis longtemps la pratiquait le professeur Ombrédanne « doit, pour être efficace, être aussi large et aussi totale que pos- « sible, mais, ajoute-t-il, on éprouve une certaine répugnance « à pratiquer une résection large au niveau de l'insertion d'un « tendon important, sur un os en croissance. » Il a d'abord utilisé les infiltrations à la novocaïne de la région malade selon la méthode préconisée par le professeur Leriche en 1935. « Ces injections, pratiquées dans trois de nos observations, n'ont donné qu'un résultat transitoire, malgré une réaction fort vive. »

S'inspirant du travail de Bosgan et O'Kane, il simplifie encore leur méthode : 10 à 15 perforations faites à travers la peau au moyen de l'extrémité de la broche de Kirschner de 6/10 de mm. montée sur un moteur électrique ; immobilisation du segment de membre par plâtre et reprise de la marche dès la dissécation de l'appareil. Au bout de trois semaines la douleur a disparu et entre la quatrième et la huitième semaine, selon l'importance de la lésion, l'appareillage est supprimé.

L'auteur a ainsi traité treize malades ; 4 apophysites du tibia, cinq apophysites du calcanéum, 2 épiphysites du 2e métatarsien, une du 5e et un cas de scaphoïde carpien pommelé.

Tous ont très bien guéri.

Plus récemment, à l'Académie Nationale de Chirurgie (séance du 12 juin 1946), M. Judet (rapporteur M. Fèvre) a cité plusieurs cas d'apophyse tibiale et calcanéenne traités de la même manière avec plein succès démontré par le contrôle radiographique. Nous-mêmes avons traité par perforations quatre cas de maladie de Schlatter et deux d'apophysite calcanéenne. Dans deux cas de maladie de Schlatter particulièrement graves, il nous a paru prudent d'inclure dans les orifices de perforation faits avec une mèche de très minces greffons pris à la crête tibiale.

De toute manière, en trois semaines la guérison a été obtenue.

Nous avons cru utile de signaler cette méthode dont la simplicité et la constante et durable efficacité transforment le pronostic d'affections sans danger il est vrai, mais qui peuvent par la gêne apportée aux études, au développement physique, devenir une véritable calamité chez de jeunes garçons.

Marcel LANCE.

INTERÊTS PROFESSIONNELS

La Confédération des Syndicats médicaux français réclame le secrétariat médical à l'hôpital

L'institution ou la généralisation du secrétariat médical à l'hôpital est une mesure, depuis longtemps réclamée, dont l'intérêt est manifeste et qu'il est indispensable de réaliser sans autre retard.

Le but toujours recherché et vers lequel doivent tendre les efforts des administrations et du corps médical est l'amélioration de la santé publique.

Or, que se passe-t-il le plus souvent, lorsqu'un malade entre à l'hôpital, soit directement, soit envoyé par son médecin traitant ?

A l'hôpital, on établit un diagnostic et, à cet effet, sont mises en œuvre, outre les qualités scientifiques et cliniques d'un personnel hospitalier particulièrement qualifié, toutes les ressources d'ordre physique, chimique ou biologique qui se trouvent groupées à l'hôpital.

Puis on applique un traitement, ou une série de traitements, souvent d'ordres divers.

Le malade sort de l'hôpital, guéri ou amélioré.

Mais il a souvent besoin d'être encore surveillé ; en tout cas il revoit à quelque autre occasion son médecin de famille ; à ce médecin qui l'interroge, neuf fois sur dix, le malade sera incapable d'expliquer le diagnostic posé à l'hôpital — le résultat des examens subis — et le traitement appliqué.

Il en résulte pour le malade un dommage certain et manifeste ; et, s'il y a lieu de refaire un certain nombre d'examens, en ville cette fois, il en résulte aussi perte de temps et perte d'argent.

Ces inconvénients, dont le plus grave est l'absence de renseignements, sont bien connus des praticiens et il est inutile de développer ce point.

Il y a un remède à cette situation, à l'heure actuelle inadmissible. Ce remède est l'institution, dans chaque grand service, et, pour les petits hôpitaux, dans chaque établissement, d'un secrétariat médical.

Celui-ci, sous les ordres du chef de service, serait chargé de la correspondance avec les médecins de l'extérieur et de la rédaction des fiches (rédaction faite avec toute la prudence nécessaire), à remettre au malade pour son médecin.

Le secrétariat établirait les statistiques, ferait un classement des observations et documents dont l'intérêt, pour l'avancement de la science médicale et les recherches de tous ordres, est d'une particulière évidence.

Ce travail materiel, long et minutieux, ne peut être réalisé par le chef de service, et pas davantage par ses assistants.

Il est donc particulièrement souhaitable que soit institué, dans tous les services hospitaliers, sous la forme la plus économique et la mieux adaptée, un SECRÉTARIAT MÉDICAL.

(Communiqué.)

Lettre du président de la Chambre syndicale de la Seine

Un mouvement d'action syndicale, qui s'est formé au sein de notre organisme, a adressé à tous les syndicats départementaux de France une lettre de protestation concernant l'action de la Chambre syndicale de la Seine, pour son opposition à l'adoption par le Conseil confédéral du protocole et convention type. Les représentants au Conseil confédéral de la Chambre syndicale n'ont fait que voter dans le sens indiqué par leur Conseil d'administration et par les votes antérieurs émis depuis un an.

Les représentants de ce mouvement accusent ensuite la direction de la Chambre syndicale :

1° De n'avoir pas poursuivi une politique d'accord possible avec la Sécurité sociale ;

2° D'avoir, après une séance tumultueuse de décembre dernier, faussé le résultat des élections des délégués à l'Assemblée générale de la Confédération ;

3° Enfin de reculer depuis plusieurs semaines la date de notre réunion statutaire, pour ne pas faire plébisciter les membres à élire de notre Conseil.

Ayant été élu à l'unanimité, il y a un an, par le Conseil d'administration de la Chambre de la Seine, pour succéder au regretté professeur Fiessinger, je prends toutes les responsabilités et n'admets pas des accusations aussi déplacées contre nos dévoués collègues du bureau et du Conseil que j'ai l'honneur de présider.

Les élections des syndics d'arrondissement qui ont eu lieu au début de cette année ont amené au Conseil vingt-sept élus nouveaux et anciens, tous partisans de notre politique. Les dissidents ont été largement battus, je n'y puis rien.

Si la date de notre Assemblée a été reculée de quelques semaines, c'est qu'il a été impossible de trouver une salle suffisamment vaste pour accueillir une foule aussi importante que celle du 11 décembre dernier. Nous n'avons pu avoir que la salle de la Maison de la Chimie pour le 11 mai prochain, quant à la séance tumultueuse de décembre que je suis le premier à regretter, n'est-ce pas la faute de ce mouvement d'action syndicale qui, ne s'étant pas encore révélé, a produit en pleine séance une liste dont on a vu de suite les tendances, ce qui a provoqué une réaction en sens inverse, tout aussi regrettable, mais qui lui est, on l'avoue, bien imputable. Les élections à l'Assemblée générale ont eu lieu par correspondance et ont donné une importante majorité au Conseil actuel. Cette façon de procéder par correspondance, seule possible, a été adoptée aussi aux élections du Conseil de l'Ordre, qui avaient été, il y a un an, aussi agitées que les nôtres.

Enfin, on nous reproche notre action contre le protocole. Etant des opposants, le conseil de la Confédération nous a autorisés, et ces jours-ci encore, une lettre du président de la Confédération en fait foi, à faire le point du nombre des opposants départementaux. Ils sont nombreux, et ne représentent pas loin des deux cinquièmes des syndiqués français.

Enfin, en juillet dernier (et il n'y avait pas encore de protocole ni de vote d'Assemblée générale confédérale), nous avons eu une réunion avec les représentants de la caisse régionale, une autre au cours des conversations F. N. O. S. S.-Confédération, pour un point de coefficient spécial à votre département, tout cela sans conclusion. Depuis le vote du protocole nous avons revu les représentants de la caisse régionale, et tout en maintenant nos principes, nous n'avons jamais rompu les pourparlers et c'est à notre Assemblée du 11 mai que nos confrères de la Seine auront à décider de notre conduite et d'une possibilité ou non d'entente.

Pouvions-nous faire mieux ? Nos représentants aux différentes caisses ou commissions ont travaillé comme la loi et les ordonnances l'enjoignent, conjointement avec les administrateurs des caisses dans l'intérêt de nos malades et de la santé publique, et certains d'entre eux ont même apporté à l'action sanitaire et sociale des suggestions ou plans qui ont pu être retenus.

Nous sommes des hommes de bonne volonté, nous ne voulons ni polémique ni politique, mais nous avons le droit et le devoir de tenir aux principes de liberté de notre profession.

(Communiqué.)

LIVRES NOUVEAUX

Un fléau social : le problème médico-policier de la prostitution, par M. A. SCHREIBER, préface du Dr E. RIST, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in-8° de 316 pages. Librairie de Médicis, Paris 1947.

La suppression des maisons de tolérance à Paris, suivie bientôt de leur fermeture dans la France entière est, écrit M. Rist dans sa préface, « une victoire du bon sens, dont se félicitent tous les partisans d'une hygiène rationnelle et efficace et d'une morale sociale digne de son nom », mais la victoire des abolitionnistes peut se trouver à nouveau menacée. « Il importe, écrit encore M. Rist, de rester vigilants, d'éclairer l'opinion très mal informée de ces choses, et de lui révéler sans équivoque et sans fausse pudeur, par des documents authentiques, ce qu'est, en réalité, la réglementation de la prostitution et quel monstrueux assemblage d'iniquités, d'actes d'arbitraire et de cruauté, d'attentats à la santé, à la morale et à l'ordre publics, elle couvre de son manteau. » Tel est le but de l'ouvrage de M. Schreiber. Ce n'est ni un pamphlet, ni un reportage, ni un plaidoyer sentimental, c'est l'exposé très objectif d'une situation que l'auteur connaît à fond ; ce sont des faits, en particulier les horreurs imposées par les Allemands en pays occupés, qui concourent tous à faire connaître la simple vérité.

A la fin de son ouvrage, très remarquablement documenté et qui devra toujours être consulté, l'auteur exprime un regret, il déplore qu'au moment de la promulgation de la loi du 13 avril 1946 tendant à la fermeture des maisons de tolérance et au renforcement de la lutte contre le proxénétisme on n'ait pu offrir aux femmes qui déclaraient vouloir retrouver un gagne-pain honnête ni centre d'accueil, ni travail, ni situation. « Le travail entrepris dans ce domaine est donc jusqu'à présent dû uniquement à l'initiative privée. Son mérite n'en est que plus grand. »

L.

Sainte Marie-Euphrasie Pelletier, fondatrice de la Congrégation de Notre-Dame de Charité du Bon Pasteur d'Angers, par M. Gaëtan BERNOVILLE. Un vol in-8° de 284 pages. Editions Alsatia, Paris

C'est à dessein que je cite le beau livre de M. Bernoville, à côté de l'analyse de l'important ouvrage de M. Schreiber. Il répond en effet au souci exprimé par ce dernier au sujet des femmes qui veulent renoncer à la prostitution et refaire leur vie.

La Mère Pelletier, apôtre de l'Enfance délaissée, naquit en Vendée en 1796. Devenue religieuse dans la Congrégation de Notre-Dame de Charité, en 1814, elle est au refuge de Tours qui reçoit des enfants et des jeunes filles « égarées par le vice » comme on le disait alors. On les appelait des « Pénitentes » ou des « Madeleines ». En 1825, la sœur Sainte-Euphrasie est élue supérieure et devient la Mère Marie de Sainte Euphrasie Pelletier.

En 1831 elle fonde à Angers un monastère pour les Filles Repenties : « le Refuge de Notre-Dame de Charité du Bon Pasteur ». Et depuis cette époque les monastères du Bon Pasteur se sont multipliés, en France, en Irlande, en Allemagne, en Belgique, en Autriche, en Italie, en Angleterre, en Amérique du Nord et du Sud, aux Indes, en Afrique, en Orient...

La Mère Pelletier mourut en 1867. Depuis sa mort, les monastères du Bon Pasteur ont poursuivi la tâche fixée par leur fondatrice.

L.

Syndromes digestifs et Pathologie neuro-hormonale : La thérapeutique hormonale des maladies digestives, M. CHIRAY, H. MOLLARD et H. MASCHAS. 1 vol. 254 pages. Maloine, 1944.

La médecine du XIXe siècle a été surtout organicienne ; celle du XXe siècle pourrait s'appeler fonctionnelle. A la pathologie des organes a été substituée la pathologie des systèmes d'organes. La pathologie digestive tenant compte des troubles de la motricité devient neurovégétative

Chiray et ses élèves attirent l'attention sur l'importance initiale des perturbations neurovégétatives dans la genèse de nombreux troubles digestifs. Cette manière de voir met en vedette la prédominance des phénomènes vasomoteurs ou réflexes sur les phénomènes anatomiques et chimiques.

L'appareil neurovégétatif joue un rôle important non seulement dans le déclenchement, mais encore dans l'évolution de la plupart des affections digestives. Il est cependant difficile de préciser son domaine aussi bien en physiologie qu'en clinique.

Bichat oppose anatomiquement le système nerveux de la vie végétative au système nerveux de la vie de relation. Claude Bernard en découvrant les vasomoteurs ouvre la physiologie du système neurovégétatif. Ces données fragmentaires ne tardent pas à avoir des applications limitées en pathologie (ataxie vasomotrices, crises vazavacales, névroses d'angoisse, névroses tachycardiques, neurotomies cardiovasculaires, troubles cardio-sympathiques des affections digestives, etc.). On cherche mais sans succès à définir la pathologie du sympathique, quand Leriche (1913) essaie d'adapter la thérapeutique à la pathologie. Les lésions anatomiques primitives des viscères sont peu de chose, mais les troubles vasculaires vasomoteurs qui prédominent modifient la vie tissulaire : œdème, puis inflammation, puis sclérose. Les dérèglements neurovégétatifs viscéraux et digestifs se traduisent par des spasmes, de la dilatation ou des œdèmes engendrant secondairement douleurs, hémorragies, gangrène. « Le système sympathique est un canal ; il n'est pas une source », disent Chiray et ses collaborateurs. Par conséquent les syndromes sont dus :

1° A des circonstances extérieures déchaînantes : traumatisme, perturbations atmosphériques, émotions, intoxications, anaphylaxie, carences et avitaminoses, perturbations hormonales ; 2° au tempérament (chacun a le sien) qui oriente le sens des réactions du sympathique.

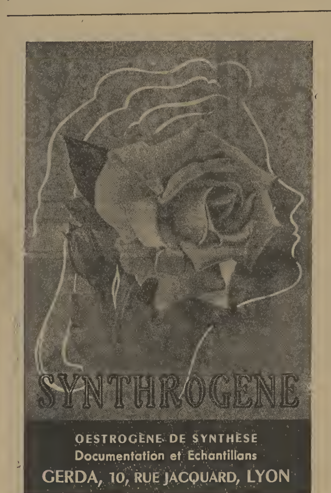
Cependant les auteurs insistent sur le rôle des hormones. Ils étudient successivement les syndromes provoqués par les affections endocriniennes classiques, les syndromes endocriniens digestifs, les recherches expérimentales et cliniques consacrées à l'action des hormones sur l'appareil digestif (travaux antérieurs et travaux personnels). Ils passent ensuite en revue les hémorragies et les ulcérations digestives, les cirrhoses, les angiocholites dues à des perturbations neuro-hormonales.

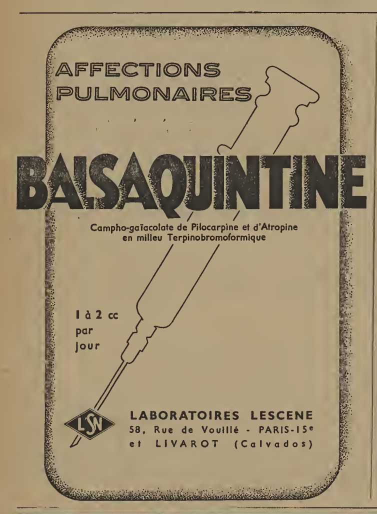
Après étude de l'influence des affections digestives sur les troubles endocriniens et réciproquement, ils terminent par un chapitre de thérapeutique que tous liront avec profit. Les auteurs situent la place des indications hormonales dans la cure des affections digestives, puis établissent les indications et les modes d'emploi des différentes hormones.

F. L.

Les isotopes radioactifs en biologie, par André STROHL, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine ; Michel BERGER, interne des hôpitaux, licencié ès sciences physiques. Un volume de 124 pages, avec 36 figures. Masson et Cie, édit., Paris 1947.


CHLORO-CALCION
CHLORO-CALCION
Solution titrée de Chlorure de Calcium stabilisé
INDICATIONS
RECALCIFIANT
Croissance - Tuberculose
HÉMOSTATIQUE
Toutes Hémorragies
DÉCHLORURANT
Albuminuries - Néphrites - Œdèmes
Ascite - Pleurésies
FORMULE
LABORATOIRES MICHELS


SYNTHROGENE
OESTROGÈNE DE SYNTHÈSE
Documentation et Echantillons
GERDA, 10, RUE JACQUARD, LYON





Dépôt légal. — 1947. 2e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.   Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 19. — SAMEDI 10 MAI 1947 — 120e ANNEE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France .... *au lieu de* ....375 fr.	356 fr.
Un an : étudiant .... *au lieu de*..........200 fr.	190 »
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours des prix de l'Internat 1946-47 (Médecine)

Liste par ordre de tirage au sort de MM. les membres du jury : MM. de Gennes, Facquet, Brouet, Mahoudeau, Ravina André, médecins.

Concours des prix de l'Internat 1946-47 (Chirurgie et Accouchement)

Liste par ordre de tirage au sort de MM. les membres du jury : MM. Martin, Cordier, Maurer, Poilleux, chirurgiens ; Desnoyers, gynécologue-accoucheur.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Leçon inaugurale. — M. le Professeur Jean DELAY fera sa leçon inaugurale de la chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale, le jeudi 29 mai 1947, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine. Il continuera son enseignement à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale, à l'hôpital Sainte-Anne.

Légion d'honneur. GUERRE

OFFICIER. — Méd. commandant Carvaillo, Méd. en chef de 2e classe de la Marine Le Breton.
CHEVALIER. — Méd. lieutenant Lepoivre. Méd. commandant Raboutet.

SANTE PUBLIQUE

Cabinet du ministre. — Le Dr Lucien Bonnafé, médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen, est nommé conseiller technique spécialement chargé des questions de santé mentale et de réadaptation sociale.

Conseil permanent d'hygiène sociale. — Sont nommés médecins consultants de phtisiologie pour la région d'Orléans : M. le Dr Lariéty, médecin des hôpitaux de Paris, professeur agrégé (Cher, Loiret, Loir-et-Cher), M. le Dr Brouet, médecin des hôpitaux de Paris, professeur agrégé (Indre et Nièvre).

Education sanitaire. — M. le professeur Paul Perrin, de Nantes, est nommé directeur du Centre interdépartemental d'éducation sanitaire.

Produits stupéfiants. — Un arrêté du ministre de la Santé publique en date du 23 avril 1947 (J. O. du 30 avril 1947) est relatif à la limitation de la fabrication et de la distribution des produits stupéfiants : 1° alcaloïdes de l'opium : morphine et ses sels, héroïne ; codéine, dionine ; dihydro-oxycodéinone et ses sels, dihydro-codéinone et ses sels ; d'hydromorphinone et ses sels ;
2° Alcaloïdes de la feuille de coca : cocaïne et ses sels ;
3° Ester éthylique de l'acide méthyl phénylpipéridine carbonique.

Congrès International des Médecins

Le « Royal College of Physicians » organise un Congrès international des médecins, qui doit avoir lieu à Londres pendant la semaine du 8 au 13 septembre 1947.

Les sujets suivants seront traités à ce Congrès : cardiologie, dermatologie, maladies de la poitrine, médecine générale, neurologie, pédiatrie, psychiatrie, médecine sociale.

Toute demande doit être adressée au Dr. G. B. Mitchell-Heggs, Organising Secrétary, Royal College of Physicians, Pall Mall East, London, S. W. 7, et doit préciser les sujets intéressant le délégué.

Les hôtels et les restaurants à Londres étant surchargés par suite des destructions de la guerre, toute personne désirant être logée pour la durée du Congrès est priée d'envoyer sa demande avant le 30 juin. Aucune demande ne sera prise en considération après cette date.

La participation au Congrès est réservée exclusivement aux médecins sur présentation d'une carte.

Université d'Oxford. — M. Jacques Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, a été nommé docteur « honoris causa » de l'Université d'Oxford.

Education physique et sports. — Le bureau médical communique : le Conseil national de l'Ordre des médecins vient d'admettre parmi les « compétences » reconnues officiellement : la médecine appliquée à l'Education physique et aux Sports.

Une grève administrative des médecins de la Seine

Pour protester contre la mauvaise volonté que leur opposent les pouvoirs publics en ne leur accordant pas le nombre d'automobiles suffisant pour leurs besoins professionnels, les médecins de la Seine ont fait une grève administrative le 2 mai dernier.

Sans interrompre leurs soins aux malades et leurs épuisantes courses à pied, à bicyclette ou dans des « clous » périmés, ils ont refusé, pendant vingt-quatre heures, de signer toutes pièces administratives.

Précisons que, pendant le mois de février, 4721 voitures de tourisme, de fabrication française, ont été exportées sur une production de 4.909. Si nos chiffres sont exacts, 188 voitures seulement ont été réservées pour la France. Les médecins ont été servis après différents prioritaires, services publics, cabinets ministériels, etc.

Il semble d'autre part que le marché américain absorbe moins bien que l'an dernier la production étrangère. La pro-

duction américaine a presque regagné le rythme d'avant-guerre, ses nouvelles voitures, au goût américain, sont présentées avec un luxe auquel nous ne pouvons prétendre pour l'instant. Dans ces conditions l'exportation à outrance est-elle justifiée ?
La Santé Publique a compris quel est l'intérêt de la France. l'Economie nationale pas encore.

Médecine du Corps et Médecine de l'Esprit. — C'est le titre sous lequel le Dr d'Heucqueville a ouvert, sous la présidence de Mgr Blanchet, recteur, la première série de conférences de médecine à l'Institut Catholique de Paris.

Plus que toute autre science, la médecine a besoin d'un enseignement libre. Le nouvel enseignement médical s'articule avec l'enseignement des hôpitaux libres, presque tous fondations catholiques.

Le Dr d'Heucqueville veut nous affranchir d'une médecine exclusivement corporelle, matérielle. L'esprit joue, en médecine, un rôle de premier plan. L'idée nous revient d'Amérique, sous le nom de médecine psycho-somatique ou cure mentale des désordres physiques.

Mais la médecine, ainsi élargie, nous ramène aux sources hippocratiques. Il ne faut pas que la maladie, le microbe, nous cache le malade, il faut reprendre l'étude des tempéraments individuels et héréditaires.

Dans ce domaine, des progrès ont été accomplis depuis Hippocrate, lois de l'hérédité de Mendel, tempéraments de Kretschmer, analyse du destin de Szondi. On termine sur l'exemplo de la tuberculose.

COURS

Hôpital civil Foch à Suresnes

Service du Professeur Kourilsky

Semaine du 12 au 17 mai 1947, mardi 13 mai, 9 h. 30. Dr Fourestier, démonstration clinique : kystes aériens.

Vendredi 16 mai, 9 h. 30. Professeur Kourilsky, démonstration clinique : asthme.

Samedi 17 mai, 9 h. 30. Professeur Kourilsky, consultation externe : présentation des malades.

Service maternité

Vendredi 16 mai, 10 heures. Dr Grasset, complication de la délivrance.

Cours de technique chirurgicale. — M. le professeur Pierre Moulonguet. — 1° Cours théorique du professeur : depuis le 6 mai, les mardi, jeudi et samedi à 18 heures, à l'amphithéâtre Cruveilhier « chirurgie gynécologique ».

2° Cours des prosecteurs : une série de cours aura lieu à partir du mois de mai, à l'Ecole pratique sur les matières suivantes : Orthopédie, urologie, chirurgie du tube digestif, chirurgie de la tête et du cou.

Acquisitions récentes sur la pathologie gastrique et duodénale

Sous la direction du prof. E. Chabrol, une série de conférences de pathologie digestive accompagnées d'examens cliniques gastroscopiques et radiologiques auront lieu à l'hôpital Saint-Antoine, matin et soir, entre le mercredi 28 mai et le vendredi 6 juin 1947.

Avec la collaboration médicale de : MM. Gutmann, Moutier, Porcher, Caroli, G. Albot, Cachin, Sallet, Varay et Fallot.

Et avec la collaboration chirurgicale de : M. le prof. Cadenat et de MM. Bergeret, Hepp, Monsaingeon.

La première leçon aura lieu le mercredi 28 mai, à 10 heures, à l'amphithéâtre de la Maternité (entrée : rue de Chaligny).

Les auditeurs du cours auront toutes facilités pour assister aux journées hépatologiques de Vichy les 7 et 8 juin.

Société des Chirurgiens de Paris. — Le professeur Coryn, de Bruxelles, fera une conférence sur les « Maladies endocriniennes du squelette, du point de vue chirurgical », à la Société des Chirurgiens de Paris, salle Pasteur, 60, boulevard de Latour-Maubourg (métro : Latour-Maubourg), le vendredi 17 mai 1947, à 16 h. 30.

Les confrères qui seraient désireux d'y assister sont cordialement invités.

Sir Almroth Edward Wright

Le doyen des associés étrangers de l'Académie nationale de médecine, sir Almroth Edward Wright, vient de mourir à Londres, dans sa maison de Pembroke Square. Avec lui disparaît une des plus grandes figures médicales de la Grande-Bretagne.

Né à Coolcarrigan, en Irlande, le 10 août 1861, Wright fit sa médecine à Dublin. Hon. Fellow de Saint-Trinity College, de Dublin, il poursuivit ses études à Leipzig, Marburg et Strasbourg. Après avoir été nommé démonstrateur à Cambridge, il occupa une chaire de pathologie médicale à Sidney, en 1889.

En 1892, il est nommé professeur de pathologie à l'Army Medical School à Netley, il y restera jusqu'en 1900. C'est là, au moment d'une grande épidémie de fièvre typhoïde qui sévissait alors au Transwall qu'il put, en 1896, faire un essai concluant de l'immunisation. Il utilisait des vaccins chauffés à une température assez élevée qui diminuait sensiblement leur pouvoir protecteur. En France, rappelons-le, la vaccination antityphoïdique avait été introduite en 1890 par le professeur H. Vincent, avec une méthode différente. On sait que la loi Léon Labbé, en 1914, obtenue grâce aux efforts tenaces du professeur Hyacinthe Vincent, qui avait déjà pratiqué d'innombrables vaccinations, permit à celui-ci de faire bénéficier l'armée française de la vaccination antityphoïdique avec les résultats admirables que l'on connaît.

En 1900, Wright est appelé à diriger le service des vaccins à l'hôpital Sainte-Marie à Paddington, puis peu après, il est nommé professeur de pathologie expérimentale à l'Université de Londres. Ses recherches et ses publications se multiplient. De 1902 à 1905, il fait connaître les opsonines et l'important indice opsonique (avec Douglas). Il poursuit des travaux sur les virus vaccins, l'immuno-transfusion, la bactériothérapie, l'ecphylaxie (1911), les anticataphylactiques. Dès les premiers travaux d'Ehrlich sur l'arsénobenzol, il avait aussi entrepris d'importantes recherches sur la chimiothérapie montrant un esprit toujours original et s'imposant comme un technicien incomparable.

Autour du Maître s'étaient groupés de nombreux élèves, parmi eux se trouvaient Alexander Fleming, qui devait plus tard découvrir la pénicilline et John Freeman, dont on connaît les travaux sur le rhume des foins.

Pendant la guerre de 1914-1918, sir Almroth Wright fut médecin consultant de l'armée britannique en France et c'est ainsi qu'à ses ouvrages sur les principes de microscopie, sur la fièvre typhoïde (1904), sur l'immunisation (1909), etc., il put ajouter un traité des plaies de guerre.

Les honneurs les plus justifiés lui furent rendus et c'était justice : il fut créé chevalier en 1908, puis nommé compagnon du Bain et chevalier commandeur de l'ordre de l'Empire britannique. Il était membre de la Royal Society et d'innombrables Sociétés étrangères. Depuis 1916, il était associé étranger de notre Académie de médecine, et en 1918, il avait été élu correspondant étranger de l'Académie des sciences, dans la section de médecine et de chirurgie. Enfin, il était docteur « honoris causa » des universités de Belfast, d'Edimbourg et de Paris.

F. L. S.

Nécrologie

Nous avons appris avec un vif regret la mort subite survenue à Paris, le 30 avril dernier, de M. Louis Arnette, libraire médical à Paris. A sa maison d'édition justement réputée, M. Arnette ajoutait des fonctions très lourdes dont il s'acquittait avec une conscience qui lui valait l'estime de tous : il était trésorier de l'Association des Internes et anciens internes des hôpitaux de Paris. On sait qu'il procédait actuellement à la réédition de l'annuaire de l'Association. Il était aussi l'éditeur de notre excellent confrère le « Bulletin médical ».

Nous adressons à son associé, M. Sonneville, son gendre et à toute sa famille, l'expression de notre sympathie émue.

Le Dr Henri Dufour, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, commandeur de la Légion d'honneur ;

Le Dr Eugène Chapotot, à Lyon ;

Le Dr Ménétrel, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé accidentellement.

RENSEIGNEMENTS

Eudcation nationale, Direction de l'hygiène scolaire et Universitaire. — 3 postes de Médecin - Examinateur Scolaire à temps plein sont actuellement vacants dans l'Académie de Paris. Ce sont les postes de : Beauvais, Gien et Pithiviers. Adresser d'urgence les candidatures et demandes de renseignements à M. le Dr Pelletier, médecin-inspecteur régional de l'Hygiène Scolaire et Universitaire, 5, rue Auguste-Vacquerie, Paris (16e).

Avis de concours

Un concours sur titres, en vue du recrutement d'un Médecin-chef (à temps incomplet) pour le dispensaire antituberculeux de Pithiviers aura lieu à la Direction départementale de la Santé du Loiret, à Orléans, le 20 mai 1947.

Le registre des inscriptions sera clos le 15 mai 1947.

Pour tous renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser à M. le Directeur départemental de la Santé, 26, boulevard Alexandre-Martin, à Orléans.

Avantages comparés de la radioscopie et de la radiophotographie dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire

(Données statistiques portant sur 5.200 examens)

par A. Breton et E. Cartegnie
(Lille)

L'examen radiologique systématique constitue la méthode de choix pour le dépistage de la tuberculose dans les collectivités. Il n'est plus besoin d'insister sur les résultats fournis par ces examens, et sur les énormes avantages individuels et sociaux que les « coups de filet » radiologiques comportent.

Deux méthodes de dépistage se partagent la faveur des phtisiologues et des radiologistes : la plus ancienne d'abord, qui est la radioscopie systématique ; une méthode plus récente d'autre part : la radiophotographie systématique. Ces deux procédés ont des mérites certains, qui ne sont plus à discuter, mais on a essayé de dégager les avantages et les inconvénients comparés de ces méthodes. Rappelons-les rapidement :

La radiophotographie systématique permet un dépistage satisfaisant sous certaines conditions :

1° Il faut tout d'abord une optique impeccable du point de vue technique. Les films auront une dimension de 3 cm. sur 3 cm., à condition que les grains du film soient très fins, ce qui donne des images beaucoup plus poussées et plus facilement lisibles quand elles sont projetées. Si l'on ne peut obtenir des films à grains fins, on utilisera des dimensions plus grandes : 6 cm. sur 6 cm ;

2° Le lecteur devra, bien entendu, être compétent en radiologie, être doté d'une culture phtisiologique et pneumologique assez poussée, et être particulièrement entraîné à la lecture de ces radiophotographies. Le coefficient personnel joue certainement, comme nous le montrerons dans cette publication.

L'esprit dans lequel le lecteur interprétera ces images sera « l'esprit de doute ». Il n'hésitera pas à arrêter le « douteux », qui reste la pierre d'achoppement de la radiologie systématique et à le soumettre aux examens cliniques radiologiques et bactériologiques, qui permettront de lever le doute, en affirmant ou en infirmant l'évolutivité lésionnelle.

3° La radiophotographie systématique possède des avantages indiscutables : elle est absolument inoffensive pour le médecin, ne lui demande qu'un temps restreint et, de ce fait, est applicable aux dépistages des grandes collectivités de plusieurs dizaines de milliers de personnes. Elle laisse des documents définitifs, toujours susceptibles d'être consultés, revus et comparés avec des documents ultérieurs. Un manipulateur peut, en effet, suffire aux opérations. La lecture est rapide ; elle ne dépassera néanmoins pas 400 par heure.

4° Les inconvénients de la méthode résident dans son prix de revient relativement élevé, dans le nombre quelquefois important de clichés illisibles ou ininterprétables, et dans les erreurs de numérotage, qui peuvent avoir des répercussions fâcheuses.

A l'opposé, la radioscopie systématique entraîne des frais moindres. Elle se grève pour l'opérateur de dangers bien connus. Elle ne permet pas l'examen de collectivités très nombreuses. Il ne reste pas de traces tangibles de l'examen pratiqué, et le coefficient personnel de l'opérateur et la fatigue de ce dernier influent considérablement sur les interprétations. Le gros avantage de la radioscopie est de créer une atmosphère plus clinique : par un interrogatoire, même rapide, du sujet, par un examen clinique aussi bref soit-il, par les possibilités que l'on a de faire tousser le sujet, de le faire tourner, de mobiliser l'ampoule, on arrive le plus souvent à un diagnostic d'appréciation plus précis que par la méthode précédente.

Mais la question qui se pose est de savoir si une de ces méthodes est supérieure à l'autre, laquelle des deux permet le dépistage le plus complet et, autant que faire se peut, de poser un diagnostic « d'impression » le plus juste possible, que les examens complémentaires viendront affirmer.

Pour répondre à ces questions, nous avons étudié deux collectivités masculines homologues, de gardes républicains de sécurité, de même recrutement, de même âge, vivant dans des conditions semblables.

L'une, de 2975 sujets, a subi un examen radioscopique systématique. Les malades et les douteux ont été arrêtés et mis en observation. Ils ont été suivis pendant deux ans.

Sur les 2975 candidats, 23, soit 0,75 % ont été trouvés porteurs de bacillose évolutive, prouvée par les bacilloscopies positives. 14 sujets, soit 0,48 % ont été suspectés de bacillose. Sur ces 14 sujets, 6 ont vu apparaître une tuberculose, ce qui amène le taux des malades actifs à 0,94 %. Au cours des révisions ultérieures, 2 infiltrats nouveaux, 2 pleurésies et une tuberculose ulcéro caséeuse ont été découvertes, ce qui majore de 0,16 % le taux des tuberculoses actives, et nous donne le chiffre définitif de 1,10 % de tuberculeux actifs, sur le contingent de 2975 recrues ayant subi la radioscopie systématique.

Un autre contingent de 2240 gardes a subi des examens radiophotographiques systématiques. Les lectures ont été faites successivement par deux lecteurs différents, travaillant séparément, et ne se communiquant pas leurs résultats. Chaque lecteur a examiné l'ensemble des clichés.

Le lecteur A découvre 139 radiophotographies anormales. Sur ces 139 sujets, 17, soit 0,75 % sont reconnus porteurs d'une tuberculose active, 2 malades avaient une pleurésie en évolution, ce qui amène le taux des malades actifs à 0,83 %.

Le groupe des douteux s'élève à 20, soit 0,89 %, chiffre sensiblement plus élevé que les 0,48 % décelés par la radioscopie systématique.

Le lecteur B retient 171 anomalies radiologiques ; sur ces 171 sujets, 63 sont suspectés être atteints de tuberculose évolutive ; 108 retenus pour anomalies respiratoires ne semblant pas de nature bacillaire. De fait, les examens complémentaires n'ont pas permis de déceler de malades en évolution dans ce groupe. Les 63 suspects de bacillose active se dénombrent comme suit : après examens complémentaires on trouve 17 malades évolutifs, soit 0,75 %, comme le lecteur A. Les autres malades de ce groupe se sont répartis en sujets porteurs d'affections pleuro-pulmonaires diverses, soit cicatrices fibro-crétacées anciennes sans importance pathologique, soit d'affection constitutionnelle non tuberculeuse. 13 seulement ont été mis en surveillance.

Sur les 108 sujets du groupe suivant, on n'a retenu aucune tuberculose évolutive après examens complémentaires, mais 4 malades douteux.

Le chiffre de tuberculoses évolutives données par le lecteur B est donc de 17, comme pour le lecteur A. Mais l'intérêt de ces lectures successives par deux lecteurs différents est le suivant : les malades reconnus atteints de bacillose active ne sont pas tous les mêmes sur les deux listes. Sur les 17 malades signalés par A, 3 ne figurent pas sur la liste de B, et sur les 17 actifs que B signale, 4 ne figurent pas sur la liste de A. Ce décompte nous oblige à majorer notre chiffre initial de 7 unités, et nous donne, comme chiffre global, sur les 2240 sujets ayant subi la radiophotographie systématique, le chiffre de 24 malades actifs, soit 1,07 %.

Rappelons maintenant les chiffres de malades douteux. Le lecteur A en a retenu 20, soit 0,89 %. Le lecteur B n'en retient que 13, soit 0,57 %. Ici aussi, les malades diffèrent, puisque certains considérés comme douteux par l'un, sont reconnus actifs par l'autre. Après décompte, le chiffre des douteux s'élève à 20, soit 0,89 %.

Cette double lecture incite les lecteurs à l'humilité ; elle fait ressortir l'importance du coefficient personnel ; elle est à recommander dans la pratique de la radiophoto systématique.

Comparons maintenant les chiffres obtenus par chacune de ces méthodes. En ce qui concerne les pourcentages de tuberculoses actives et de sujets à surveiller — élément primordial de ce genre de dépistage — les chiffres sont sensiblement les mêmes : la radioscopie systématique avait montré 1,10 % de tuberculoses actives ; la radiophoto, avec les correctifs de lecture que nous avons apportés, donne un pourcentage de 1,07 %, chiffre sensiblement égal au précédent.

Les chiffres des douteux diffèrent : il est de 0,48 % en scopie systématique et la moitié des douteux ont été reconnus atteints de tuberculose. Il est de 0,89 % en radiographie, donc, deux fois plus élevé qu'en scopie. Sur ces douteux, aucun n'a été reconnu malade par la suite.

L'interprétation de ces résultats est d'autant plus difficile à faire que le médecin qui a effectué les radioscopies systématiques

est également celui qui a lu les radiophotos et que nous avons désigné sous le nom de lecteur A. On ne peut objecter des différences d'interprétation dues au coefficient personnel du lecteur. Il faut donc incriminer les méthodes. La radioscopie décèle les douteux à meilleur escient que la radiophoto ; les examens complémentaires montrent en effet que la moitié des douteux de la scopie systématique sont des malades actifs. La radiophotographie donne un chiffre des suspects beaucoup plus important, et parmi ces douteux, les examens complémentaires ont été faits en vain, puisqu'aucun de ces sujets n'a été reconnu malade. Ces examens « inutiles » entraînent évidemment perte de temps pour les malades et pour les médecins, et de gros frais pour les collectivités d'assistance.

Quelle que soit la méthode, la difficulté est de différencier les douteux à bon escient, et de savoir départager les malades actifs des malades stabilisés. Pour ce faire, les possibilités de ces méthodes sont relatives : seule, l'observation clinique, radiologique et bactériologique dans un service spécialisé, permettra — et encore avec quelles difficultés — de poser un diagnostic certain dont dépend l'avenir personnel, familial et social de l'intéressé.

Dans ces conditions, les lacunes inévitables de chacune de ces méthodes qui, *grosso modo*, se valent lorsque l'opérateur présente des garanties certaines de compétence et d'entraînement seront comblées par les examens complémentaires que nous avons signalés : tous les moyens d'investigation devront être mis en œuvre dans les cas de diagnostic difficile, ou chez qui manque la signature bactériologique de l'affection. Il est impossible de se priver de l'hospitalisation dans un service spécialisé, muni de l'appareillage radiologique complet, et en particulier d'un tomographe, d'un service de bronchoscopie, et d'un laboratoire particulièrement bien outillé, qui permettra de déceler par la culture sur milieux spéciaux et par l'inoculation au cobaye des liquides de tubage et de lavage bronchique, la présence de bacilles qui viennent donner à certaines images une interprétation toute différente de celle à laquelle on s'attendait.

Grâce à ces examens complémentaires, la radiologie systématique sera plus qu'un simple organe de dépistage. Elle ne se sanctionnera plus par une décision administrative ou un avertissement plus ou moins gratuit au malade latent. Elle étendra son rôle jusqu'à l'orientation thérapeutique qui doit être la sanction obligatoire d'un dépistage bien fait.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 28 avril 1947

Biologie expérimentale. — M. Caullery lit une note de M. Gallien sur la différenciation des glandes sexuelles par les hormones.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Séance du 29 avril 1947

Séance solennelle consacrée à la médecine tropicale. — Jamais il ne fut plus nécessaire de dire tout ce que la France doit à ceux qui se sont consacrés et qui se consacrent encore avec un dévouement sans défaillance à améliorer le sort des membres de l'Union française, à protéger leur santé, à lutter contre les épidémies et la famine. Faire connaître leur œuvre n'est-ce pas la meilleure des réponses à ceux qui traitent la France de puissance « colonialiste » et qui excitent les indigènes alors que partout elle fut la plus humaine, la plus libérale, la plus fraternelle des nations.

Ici même nous avons rappelé, d'après le médecin général Mathis, tout ce que l'Afrique doit aux pastoriens. Ce qui est vrai pour l'Afrique l'est aussi pour les autres parties de l'Empire.

***

L'Académie de médecine, en honorant les représentants du Corps de santé colonial a tenu à prouver qu'il y a encore en France des gens qui n'oublient ni le dévouement ni les beaux travaux scientifiques des pionniers de la médecine coloniale, qui n'oublient pas ceux qui sont tombés loin de la métropole et qui admirent sans réserve l'œuvre de nos médecins et de nos savants de la France d'Outre-Mer.

C'est ce que M. le Président Jolly a su exprimer dans des termes élevés en saluant les éminents confrères coloniaux et les représentants des sociétés scientifiques qui assistaient à la séance.

M. le Ministre de la Santé Publique était représenté par le Dr Cavaillon, secrétaire général de la Santé. A ses côtés avaient pris place le médecin général inspecteur Vaucel, directeur du Service de Santé des troupes coloniales, accompagné d'un groupe de médecins coloniaux ; le médecin général Debenedetti, directeur général du Service de Santé militaire ; le médecin général Le Chuitton, directeur du Service de Santé de la marine ; MM. Caullery et Auguste Chevallier, membres de l'Académie des Sciences, le médecin général inspecteur Sicé, membre de l'Académie des Sciences coloniales ; M. Blanc, directeur de l'Institut Pasteur de Casablanca ; M. Théodore Monod, du Muséum, éminent spécialiste du Sahara ; M. le Dr Leveuf, secrétaire général de l'Académie de Chirurgie ; M. le Dr Julien Huber, secrétaire général de la Société médicale des Hôpitaux.

L'œuvre médico-sociale de la France dans ses territoires d'Outre-Mer. — M. le médecin général inspecteur Sicé. — Une conférence médicale *internationale* qui s'est réunie en novembre 1946 à Accra a témoigné de l'importance de la politique sanitaire en Afrique. La médecine coloniale, dès les débuts de la pénétration, a su se mettre à l'œuvre ; depuis lors son action s'est diversifiée et développée.

Le développement sous son égide des cultures vivrières, en améliorant l'équilibre alimentaire, a donné aux populations une résistance accrue aux épidémies. La lutte contre la variole, l'adaptation du vaccin aux conditions locales, son association à la vaccination antiamarile, la lutte contre la trypanosomiase (indices de contamination : 2,57 % en 1938, 0,40 % en 1945) contre le paludisme toujours redoutable, contre la lèpre par le dépistage et les mesures d'hygiène, contre la peste (Madagascar 681 cas en 1939, 184 en 1945 — 3.000.000 de vaccinations) ; contre la fièvre jaune et les réservoirs humains de virus (15.000.000 de vaccinations en 1945) ; contre le choléra, la syphilis, la tuberculose, ont fait reculer ces fléaux. De son côté et malgré les difficultés matérielles, la chirurgie est un élément puissant d'influence. La protection de l'enfance (maternités, centres d'hébergement et de repos, consultations de nourrissons, orphelinats) est une œuvre de premier plan. La préparation de sérums et de vaccins, en particulier de vaccin anti-amaril et de vaccin antivenimeux polyvalent, ont pris une importance croissante. De même la formation de médecins et de pharmaciens indigènes et de leurs auxiliaires dans les Facultés et Ecoles de médecine locales témoignent de la sollicitude de la France pour l'élément indigène.

Discussion : Le médecin général inspecteur H. Vincent insiste au nom de l'Académie sur la sollicitude toujours témoignée à la santé des Français de toute race par le corps médical français ; les noms de Laveran, de Maillot, de Yersin, de Nicolle en témoignent hautement mais l'effort plus silencieux du Corps de Santé Colonial en particulier ne s'est jamais ralenti ; la prospérité des pays d'outre-mer et leur croissante repopulation sont en grande partie l'œuvre de la médecine française.

De l'importance des connaissances zoologiques pour l'étude expérimentale des maladies exotiques. — M. Blanc. — Le transfert des études préliminaires à la formation médicale aux Facultés des Sciences a réduit l'importance donnée à la zoologie ; elle est cependant une science indispensable à la formation du médecin ; les pays anglo-saxons ont su lui réserver une place plus grande et le nombre et la qualité des travaux qui en sont résultés témoignent de la justesse de cette conception. De même les travaux faits au Brésil sur la fièvre jaune de brousse ; les connaissances récentes sur les réservoirs animaux de virus et même de bactéries, sur le rôle du hamster, de la puce, sur

l'étiologie de la peste, des pseudo-tuberculoses. Il est à désirer que l'enseignement de la pathologie exotique récemment organisé dans les Facultés de médecine comble les lacunes encore existantes.

Discussion : M. Armand-Delille.

En marge des problèmes médicaux africains : l'Institut Français d'Afrique noire. — M. Th. Monod. — Même par le médecin, l'homme africain ne peut être bien connu et bien soigné que s'il est connu comme une partie intégrante d'un milieu africain qui détermine en partie sa physiologie et ses caractères intellectuels moraux et culturels.

C'est à l'étude de cet ensemble que s'applique l'Institut d'Afrique Noire tant à son centre de Dakar que dans chacune des nombreuses antennes qu'il possède dans tous les points de la France d'Outre-Mer ; son but est de permettre à l'homme africain, par une évolution mesurée, d'éliminer les éléments caducs de sa civilisation propre et de choisir dans la nôtre les seuls éléments qui lui soient profitables.

La médecine tient ici une place importante à condition d'être comprise dans l'acception la plus large, de connaître du cadre physique, des coutumes alimentaires, des animaux nuisibles ou vulnérents, des parasites internes, de la pharmacopée locale, de la conservation des produits et denrées, etc...

La physiologie de l'homme tropical est d'autre part encore à faire, de même son anthropologie, son histoire. C'est à réunir les éléments nécessaires et à en faire la synthèse qu'est destiné l'Institut français d'Afrique Noire.

Navigation aérienne et extension de la pathologie exotique. — M. Lavier. — Si le risque dû au développement des liaisons aériennes est relativement faible pour la métropole, sous son climat tempéré, il est plus grand en Afrique du Nord, pour la fièvre jaune par exemple. Il y a pourtant même en France fréquence accrue des cas relevant de la pathologie exotique et modification de l'apparence clinique qui rend le diagnostic plus malaisé, surtout au praticien non prévenu. Il est donc désirable que les mesures sanitaires internationales soient appliquées sans faiblesse et que le corps des praticiens soit tenu au courant d'une pathologie renouvelée.

Contribution à la pathologie tropicale. Les méfaits de la chaleur. — M. le Doyen Binet. — La chaleur provoque la perte d'eau, de chlore, de Co^2 plasmatique. Dans le coup de chaleur il se produit une hyperthermie centrale susceptible d'entraîner la mort par action sur le centre respiratoire, comme l'avait montré Vincent. L'oxygénothérapie, la réfrigération de la région bulbaire retardent l'inhibition par la chaleur du centre respiratoire.

D'autre part, la déchloruration consécutive à la perte d'eau causée par une transpiration excessive, peut être combattue par une thérapeutique salée, de restauration. L'administration de sel augmente la limite de résistance d'un organisme soumis à la chaleur. On sait que nos combattants du désert africain ont largement bénéficié de l'ingestion de comprimés de sel marin.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 30 avril 1947

Hernie diaphragmatique de l'enfant. — M. Sorrel.

Hématocèle extrapéritonéale pelvi parietocolique gauche. — M. Reynaud. — M. Ameline en rapportant cette observation souligne la constatation d'une contracture des muscles transverses témoin de cette hémorragie parapéritonéale.

Epithélioma du clitoris. — M. Madilhac. — M. Basset rapporte cette observation dans laquelle la malade reste guérie depuis quatre ans et dix mois; le traitement mis en œuvre fut l'exérèse chirurgicale suivie d'irradiation par le radium.

A propos des ulcères peptiques. Les réinterventions tardives après gastrectomies et gastro-entérostomies. — M. Barraya. — M. S. Blondin rapporte ce travail basé sur quatre observations assez semblables concernant des suites de gastrectomies plus étendues.

Un nouveau procédé de réduction des fractures du rachis cervical. — M. Banzet ne pouvant utiliser les procédés classiques de réduction s'est servi de l'extension continue en prenant un point d'appui sur le maxillaire supérieur.

La chirurgie endothoracique sous anesthésie rachidienne haute à la percaïne (technique de Sebrecht). — M. Santy vient d'employer ce procédé dans quatre-vingts interventions avec des résultats excellents, mais il est parfois nécessaire d'hyperoxygéner le malade au cours de l'intervention. L'auteur utilise une solution de percaïne à 1 p. 1500 solution tiédie; la durée de l'anesthésie est de trois à quatre heures. La ponction est faite au niveau de la 10e dorsale; il faut éviter que l'anesthésie remonte au delà de la région de l'épaule, l'anesthésie du phrénique risquant de déclencher une anoxhémie grave. M. Santy déconseille ce procédé dans la chirurgie de l'œsophage thoracique, par contre elle donne des conditions de calme et de sécurité pour la chirurgie pulmonaire, dès qu'il s'agit d'opération importante d'exérèse.

Un cas de neurinome intrathoracique réopéré et enlevé après une première tentative infructueuse datant de dix ans. M. Sauvage en a fait l'exérèse sans difficulté grâce à la symphyse pleurale secondaire à la première intervention. MM. R. Monod et M. Iselin discutent les avantages respectifs des voies d'abord large ou limité dans l'exérèse de ces tumeurs.

Notes sur le charbon humain. — M. Jourdan. — M. Roux Berger rapporte ce travail basé sur une dizaine d'observations qui permettent de préciser un certain nombre de notions concernant cette affection rare : nécessité de l'examen bactériologique pour confirmer l'origine des lésions. Valeur thérapeutique du sérum anticharbonneux.

Occlusion intestinale et péritonite post-opératoire (appendicite guérie par ileosigmoïdostomie. — M. de Botton. — Rapport de M. Roux-Berger sur ces deux observations.

ACADEMIE DE PHARMACIE

Séance du 2 avril 1947

Présentation du Code de déontologie pharmaceutique. — M. Bedel.

Contribution à la répression du trafic des stupéfiants. — M. Ch. Vaille et Nathan. — Vote d'un vœu demandant à l'ordre des pharmaciens de se montrer très sévère envers les pharmaciens qui prêtent leur nom dans la gestion des pharmacies hospitalières et priant les pouvoirs publics d'appliquer strictement la législation pharmaceutique dans les hôpitaux comme ailleurs.

Précisions apportées à la méthode de titrage microbiologique par dilution de la pénicilline. — Mlle D. Benoist — Précisions techniques permettant d'obtenir des résultats à plus ou moins 5 p. 100, c'est-à-dire beaucoup plus satisfaisants que ceux obtenus en général.

Inhibition des réactions de précipitation des alcaloïdes en présence de substances tensioactives : saponosides, sels biliaires, etc. — MM. Janot, R. Goutarelet et A. Debay. — On constate une action inhibitrice des substances tensioactives : saponosides, acides et sels biliaires, sur la réaction iodo-iodurée des alcaloïdes.

Contribution à la connaissance des propriétés antibiotiques de la streptomycine. — M. Leprestre.

Sur la protidotropie des anesthésiques locaux. — M. R. Charonnat. — Le sérum humain mélangé à un volume égal de solution d'anesthésique local à diverses concentrations, donne un trouble avec la plupart de ces substances pour des concentrations caractéristiques de chacune d'elles. L'auteur étudie le mécanisme de cette réaction (en relation avec le poids moléculaire, la constitution stéréochimique, etc...).

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 15 avril 1947

Quatre enfants atteints de « spasmus nutans » — MM. R. Debré, Thieffry, Mande et Zourbas. — Présentation de malades.

L'invagination du côlon transverse chez les enfants. — M. B. Duhamel rappelle à propos d'un cas récemment observé chez un enfant de 5 ans les caractères essentiels de cette variété : période prodromique caractérisée par de la diarrhée, hémorragies intestinales, boudin caractéristique. Cette forme représente environ 30 % des invaginations du grand enfant opérées à la clinique chirurgicale des enfants.

Sténose hypertrophique du pylore. Etude statistique. — M. Fèvre compare sa statistique de ville qui comprend 55 cas, tous guéris avec deux statistiques hospitalières, l'une de 53 cas avec 4 décès et l'autre de 21 cas avec 3 décès. La mort ne relève que rarement d'une cause chirurgicale et doit être attribuée le plus souvent à une cause médicale, diarrhée ou bronchopneumonie. La crèche hospitalière lui paraît être le plus grand facteur de mortalité.

Splénomégalie hémorragique cirrhogène à évolution aiguë chez un enfant de 4 ans. — MM. Clément, Gerbeaux et Decroix rapportent l'observation d'un enfant de 4 ans jusque-là bien portant qui fut brutalement atteint d'anémie grave et d'hémorragies répétées sans troubles de la crase sanguine. Huit jours plus tard apparaissaient une ascite avec circulation collatérale et un épanchement pleural. L'enfant ne tarda pas à succomber, et à l'autopsie on vit une thrombose splénique et des lésions de sclérose hépatique.

Traitement de la gale du nourrisson par une solution de D. D. T. -MM. R. Clément, Mme Ham, MM. Gerbeaux, Koupernik et Mathey ont traité avec succès et sans aucun incident des nourrissons galeux avec une solution de D. D. T. dans un excipient spécial non irritant et non inflammable. Il suffit d'appliquer pendant deux jours deux couches de ce produit.

Lésions anatomiques de l'hypervitaminose D 2. — MM. R. Debré, Brissaud et Mlle Grumbach ont observé jusqu'à maintenant 16 cas d'hypervitaminose D 2, tous caractérisés par une élévation thermique avec anorexie, polydypsie, douleurs, décalcification osseuse et hypertension artérielle. L'autopsie d'un de ces cas leur a permis de voir des lésions évidentes de néphrite ainsi qu'une altération d'une artère rénale.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 16 mars 1947

Etude électrographique de cinq anévrysmes pariétaux du cœur. — M. Thaon a fait chez ses malades les examens électriques suivants :

1° *Les dérivations usuelles*, à savoir : *a*) les trois dérivations périphériques et *b*) une dérivation précordiale à la pointe avec fils inversés ;

2° *Des dérivations unipolaires précordiales multiples* étagées en hauteur de façon à explorer toute la région précordiale antérieure et l'aisselle;

3° *Des dérivations unipolaires des membres.*

L'axe électrique et *l'angle* α (alpha) ont été mesurés par la méthode du « triaxe de Bayley ».

L'auteur a constaté dans les cinq observations : 1° Une déviation de l'axe électrique à gauche ; 2° dans les dérivations périphériques : des déformations du type T1-T4; 3° dans les dérivations unipolaires des membres : un cœur en position horizontale.

Dans une observation un nouvel examen électrique fait deux mois après le premier et quatre mois après le début de la maladie révèle l'apparition d'un décalage supérieur du segment S-T dans la dérivation D1 ; dans les dérivations précordiales ce décalage est accentué et étendu à la totalité de la région précordiale antérieure. Ce fait a été constaté une fois par Lagendorf et deux fois par Wilson dans les anévrysmes du cœur.

L'étude des dérivations précordiales montre que les tracés les plus altérés ne se trouvent pas toujours en regard de la lésion.

La pression ventriculaire droite dans l'hypertension artérielle. — MM. J. Lenègre et P. Maurice. — La pression ventriculaire droite moyenne (P. V. D. M.) mesurée au manomètre de Claude chez 22 hypertendus s'est montrée variable, tantôt normale (13 à 20 cm. d'eau), tantôt élevée (22 à 46 cm. d'eau). Dans le premier cas, il s'agit huit fois sur neuf d'une hypertension artérielle bien tolérée et dans le deuxième cas, il s'agit dix fois sur treize d'une hypertension artérielle mal tolérée.

Il existe chez 3 de ces 22 malades une élévation de la P.V.D.M. alors que faisait défaut tout signe clinique, radiologique ou électrique d'insuffisance ventriculaire gauche. Les auteurs admettent donc que cette élévation de la P. V. D. M., même isolée, prouve à elle seule que le ventricule gauche ne suffit plus à sa tâche. Si cette proposition est vraie, l'hypertension ventriculaire droite est un signe précoce d'insuffisance ventriculaire gauche et sa constatation a une relle valeur pour établir le pronostic d'une hypertension artérielle.

L'artérite oblitérante des membres inférieurs. Son traitement par les injections sous-cutanées de gaz thermaux de Royat. — M. Barrieu. — L'indice oscillométrique n'est pas un critère suffisant de l'artérite des membres inférieurs, pour porter un pronostic ni pour suivre les progrès thérapeutiques.

Il est nécessaire de construire la courbe oscillométrique et surtout de mettre en œuvre l'épreuve de la crampe provoquée.

Celle-ci consiste, après avoir déclenché la douleur par une marche rapide, à noter le temps de réapparition de l'oscillation et celui du retour à l'oscillation antérieure.

Si l'oscillation persiste malgré la crampe (éventualité rare) et revient à son amplitude antérieure en moins de quatre minutes, la lésion artérielle est minime et le spasme léger.

Si l'oscillation persiste mais ne revient qu'entre cinq et dix minutes, c'est la lésion qui prédomine sur le spasme.

Si l'oscillation est nulle au moment de la crampe et revient avant cinq minutes, le spasme est prédominant.

Enfin si l'oscillation nulle ne revient qu'entre cinq et quinze minutes, la lésion artérielle est très marquée et le spasme violent.

Les injections sous-cutanées de gaz thermaux de Royat augmentent l'indice oscillométrique ; le chiffre de la pression s'élève ; le temps de réapparition de l'oscillation diminue. Elles se révèlent ainsi comme le plus actif traitement de cette affection.

Modifications de l'électrocardiogramme au cours des exercices, leur interprétation. — M. A. Pruche expose les variations apportées à l'électrocardiogramme par un exercice standard consistant en cinquante flexions profondes sur les membres inférieurs, sujet debout. Sont particulièrement étudiées les variations du segment intermédiaire ST et de l'onde T, en dérivation II précordiale. On peut classer les observations comme suit : *a*) Sujets normaux dont l'électrocardiogramme ne varie pas à l'exercice, accélération mise à part; *b*) Sujets pathologiques : certains d'entre eux qui présentent un décalage de ST au repos avec T négatif redressent à l'exercice et le segment intermédiaire et l'onde T, l'aspect électrocardiogramme se rapprochant de la normale ou même l'atteignant. D'autres sujets, au contraire, accentuent à l'exercice les altérations constatées au repos. Chez les angineux et, plus généralement, dans les troubles de la circulation coronaire, l'épreuve électrocardiographique constitue un élément important du diagnostic et du pronostic. Il résulte, en effet, des nombreuses observations « d'angor pectoris » recueillies par l'auteur où l'épreuve électrocardiographique d'exercice a été systématiquement pratiquée, qu'un électrocardiogramme pathologique qui se redresse à l'exercice correspond à des troubles seulement fonctionnels, tandis que les tracés dont la morphologie s'aggrave aux efforts sont l'apanage des lésionnels et toujours l'expression d'un état grave. Le syndrome de Wolf Parkinson et White ne semble pas modifié après l'effort. Dans le block de branche type Wilson, l'auteur a vu apparaître des lambeaux de tachycardie paroxystique de morphologie très différente de ce type de tracés. Enfin certaines dissociations auriculo-ventriculaires complètes (double commande de Géraudel) disparaissent momentanément après l'exercice standard, le rythme dissocié redevenant un rythme de capture normal.

Déformations électrocardiographiques transitoires après accès de tachycardie ventriculaire chez un jeune homme de 17 ans. — MM. A. Gaquière et Robin (Angoulême). — Accès de tachycardie ventriculaire paroxystique avec déviation axiale gauche évoluant chez un jeune homme de 17 ans au cœur apparemment normal.

Consécutivement à l'accès de tachycardie dont la durée est de trois à six jours, anomalies électriques transitoires caractérisées par une inversion de l'onde T en D2 et D3 (aspect T3).

Retour progressif à la morphologie normale en quelques semaines.

Pour expliquer le mécanisme de ce syndrome électrique post-tachycardique, il semble que l'hypothèse formulée par Cossio, Vedoya et Berconsky soit la plus vraisemblable : conservation par le centre d'excitation hétérotope responsable de l'accès de tachycardie ventriculaire d'une certaine activité dégressive déterminant des anomalies transitoires de l'onde T.

Thrombose étendue et bilatérale avec dilatation de l'artère pulmonaire. Non occlusion du trou de Botal. — MM. Paupert-Ravault, P. Guinet et L. Roche.

Les calcifications valvulaires orificielles du cœur (à propos du rétrécissement aortique calcifié). — MM. Langeron, Giard et Nolf.

Salicylate de soude et pénicilline. — MM. Mattei et Audier.

Le traitement de l'angine de poitrine par l'alcoolisation des sympathiques thoraciques (méthode de White). — MM. Mériel et Lazarthes.

Dyspnée de Cheyne-Stockes au cours d'une cardiopathie artérielle. Evolution favorable. — M. Delair.

Dissociation auriculo-ventriculaire extériorisée par le R. O. C. chez un Basedowien vagotonique. Cure chirurgicale. — M. Delair.

Prochains congrès

Juin-octobre 1947 (1)

1er juin. — Bruxelles. — Premier congrès de l'Association belge de chirurgie, organisé par la Société belge de chirurgie. Faculté de Médecine, 115, boulevard de Waterloo, à Bruxelles. Question : Les Variations de la Protéinémie dans ses rapports avec les soins pré et post-opératoires. MM. O. Coquelet (Bruxelles) et van der Ghinst (Bruxelles).

2 au 7 juin. — Bâle. — XIe Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaires. Questions : 1° Méthodes de réanimation des blessés ; 2° Exposé des procédés modernes de prophylaxie des maladies épidémiques aux armées ; 3° Moyens modernes d'évacuation des blessés et des malades. Indications, contre-indications ; 4° Participation du médecin militaire dans la formation physique et morale du soldat ; 5° Etude comparée des méthodes et appareils de détermination de la concentration des ions oxygène, en vue de leur emploi dans les laboratoires pharmaceutiques des armées. — Secrétariat, Département militaire fédéral suisse à Berne.

11 au 13 juin. — Prague. — Xe Réunion de l'A.R.P.A. internationale (Association pour les Recherches sur les Paradentopathies). Secrétaire général : professeur A. V. Held, 4, place Neuve, à Genève (Suisse).

21 au 25 juin. — Bruxelles. — XXIes Journées médicales de Bruxelles. Secrétaire général : Dr René Loicq, 141, rue Belliard, à Bruxelles.

24 au 30 juin. — Amsterdam. — Ve Congrès de l'Association des Femmes-médecins. Question : Rôle de la femme-médecin dans la reconstruction du monde moderne. Secrétaire général : Dr Montreuil-Straus, 75, rue de l'Assomption, Paris (16e).

(1) Voir nos 12-13, 1947, *Gaz Hôp.*, p. 187.

25 au 28 juin. — Bruxelles et Liége. — IIe Congrès International de Médecine légale et de Médecine sociale. Président : professeur de Laet, 23, rue Emile-Boulliot, à Ixelles-Bruxelles ; Secrétaire général : professeur F. Thomas, Faculté de Médecine de Gand et professeur Moureau, Faculté de Médecine de Liége.

25 au 29 juin. — Paris. — Congrès d'hygiène scolaire et universitaire. Secrétaire général : Dr Pierre Delthil, 46, rue de Naples, Paris (8e).

26 au 27 juin. — Londres. — Congrès International de la Ligue homéopathique. Secrétaire général : Dr John Paterson, 12, Royal Terrace, Glasgow C. 3.

7 au 12 juillet. — Dublin. — Congrès International d'Obstétrique et de Gynécologie. Questions : Historique de la sage-femme ; infection puerpérale ; éclampsie ; stérilité ; mortalité fœtale et mortalité du nouveau-né ; le choc en obstétrique. Secrétaire général : Dr J. S. Quin, Hon. Secrctary, Rotunda Hospital, Dublin (Eire).

10 au 17 juillet. — Stockholm. — VIe Congrès International de Cytologie expérimentale. Secrétaire : Professeur T. Casperson et Docent H. Hyden, Karolinska Institutet, Int for Cell Research.

14 au 17 juillet. — New-York. — Ve Congrès International de Pédiatrie, divisé en huit sections : nutrition, tuberculose, intoxications alimentaires, chimiothérapie, déficiences cardiaques congénitales, mortalité du nouveau-né, incompatibilités sanguines, enfin section réservée aux questions d'intérêt courant. Après le Congrès, trois jours seront consacrés à des visites d'hôpitaux : New-York et côte atlantique, Chicago, Rochester. Secrétaire général : Dr L. Emmet Holt jr. Bellevue Hospital New-York 16. Renseignements auprès du secrétaire du Comité français de l'Ass. Int. de Pédiatrie, Dr Robert Clément, 205, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e).

22 au 25 juillet. — Oxford. — XVIIe Congrès International de Physiologie, Président : Sir Henry Dal, Secrétaire général : Dr E. W. Geidt, Laboratoire de Physiologie à Oxford (Grande-Bretagne).

28 juillet. — Copenhague. — Assemblée générale de l'Union internationale des Sciences biologiques. Réunion d'organisation. Secrétaire général : professeur J. Sirks, Genetisch Institut der Rijks-Universiteit Faren, D. Gron. (Hollande).

25 au 28 août. — Saint-Moritz (Suisse). — Congrès International d'Urologie. Rapports : Diagnostic et traitement des tuberculoses rénales (MM. Reynaldo dos Santos, Lisbonne ; Wildbolz, Berne ; G. J. Thomas, Minneapolis). — Technique et résultats éloignés de la transplantation de l'uretère (MM. Gouverneur, Paris ; V. Cappellen, Amsterdam ; Hinman, San-Francisco). Etiologie et traitement des calculs urinaires primitifs. (MM. S. Joly, Londres ; F. Rydgaard, Copenhague ; A. Randall, Philadelphie). — Discussion : Emploi des sulfamides et de la pénicilline en urologie ; cancer de la prostate et hormonothérapie. Secrétaire général : Dr O. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris (7e).

2 au 7 septembre. — Saint-Louis (Missouri. U.S.A.). — IVe Congrès international de la Recherche sur le Cancer, sous les auspices de l'Union Internationale contre le cancer et de l'Am Ass. for Cancer Research. Renseignements : Dr M. G. Seelig. M. D. Barnad Free Skin and Cancer Hospital. St-Louis 3. Mo. (U.S.A.).

3 au 6 septembre. — Copenhague-Aarrus. — 1er Congrès de la Ligue Européenne contre le Rhumatisme. Renseignements au secrétariat de la Ligue, 23, rue du Cherche-Midi, à Paris (6e).

6 au 8 septembre. — Luxembourg et Mondorf-les-Bains. — IVe Congrès International de Massage-Kinésithérapie, de Podologie et d'Auxiliaires médicaux. Secrétaire général : Dr J. Verheyven, 159, avenue d'Auderghem, à Bruxelles.

12 au 13 septembre. — Monaco. — Congrès International de Médecine sportive. Questions : La Noyade par congestion. la Poliomyélite et les baignades. Renseignements : Fédération française de la Natation, 20, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris (9e). Tél. : Prov. 17-11.

Deuxième quinzaine de septembre. — Niort, La Rochelle. — XLVe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et de langue française. Secrétaire général : professeur Combemale, route d'Ypres, à Bailleul (Nord). Secrétaire annuel : M. Trivas, hôpital psychiatrique de Niort (Deux-Sèvres).

14 au 29 septembre. — Londres. — XIIe Congrès de la Société Internationale de Chirurgie. Secrétaire général : Dr Déjardin, 141, rue Belliard, à Bruxelles.

22 au 27 septembre. — Biarritz. — LXVIe Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences. Secrétaire général : professeur Verne, 28, rue Serpente, Paris (6e).

28 au 29 septembre. — Aix-les-Bains. — 1er Congrès International de Thermalisme social. Secrétaire général : Dr Graber-Duvernay, 6, rue de Liége, à Aix-les-Bains.

6 au 11 octobre. — Paris. — Congrès Français de Chirurgie. Président : M. A. Baumgartner, Paris ; vice-président : M. J. Fiolle, Marseille. Questions à l'ordre du jour : 1° Traitement chirurgical du cancer de l'œsophage médiastinal. Rapporteurs : MM. Santy et Alain Mouchet ; 2° Les moignons douloureux des membres. Rapporteurs : MM. Padovani et Mansuy ; 3° Les dystonies biliaires. Rapporteurs : MM. Poilleux et Guillet.

6 au 10 octobre. — Paris. — XIIe Congrès de l'Association française d'Urologie. Questions : La Papillomatose vésicale. Rapporteurs : MM. L. Michon et Delinotte ; secrétaire général : Dr Michon, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris (7e).

10 au 11 octobre. — Paris. — XXIIe Congrès de la Société française d'Orthopédie. Questions : Opérations palliatives dans les paralysies traumatiques du membre supérieur : MM. Merle d'Aubigné (Paris) et Guilleminet (Lyon). — Traitement opératoire des pseudarthroses du col du fémur : M. Pierre Lance (Paris) et Christian Rocher (Bordeaux). Secrétaire général : M. Padovani, 1, rue Octave-Feuillet, Paris (16e).

11 octobre. — Paris. — Journée des Gastro-Entérologues de langue française. Question : Examens biologiques dans les ictères par rétention (comprenant les hépatites et les malades des voies biliaires). Rapporteurs : MM. Fauvert, Caroli et Cattan. Secrétaire général : M. Moutier, 78, rue de Monceau, Paris (8e).

15 octobre. — Paris. — Journée Thérapeutique (Assemblée générale de l'Union thérapeutique et réunion plénière de la Société de Thérapeutique et de Pharmacodynamie). Sujets à l'ordre du jour : Les Œstrogènes de synthèse en thérapeutique génitale et extra-génitale. — Le magnésium en thérapeutique. Secrétaire général : professeur Lemaire, 54, avenue de Saxe, Paris. Renseignements : Dr Gaston Doin, 8, place de l'Odéon, ou Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris.

16 au 18 octobre. — Paris. — XXVIe Congrès Français de Médecine. Rapports : La Génétique, par MM. Ludo Van Bogaert, Turpin, Maurice Lamy et Christiaens. — Les Anti-Histaminiques, par MM. Bickel, Gaté, Pellerin et Jacques Decourt. — Les Kystes du poumon, par MM. Santy, Dufourt, Gally, Pruvost et Benhamou. Secrétaire général : professeur Justin-Besançon, 38, rue Barbet-de-Jouy, Paris (7e). Inscriptions auprès du Trésorier-adjoint : M. G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (C. C. P. : Paris 599).

21 au 23 octobre. — Paris. — XLVe Congrès français d'Oto-Rhino-Laryngologie. Rapports : La Pénicilline en O.-R.-L.. et en chirurgie maxillo-faciale (professeur Piquet et J. Leroux-Robert). Données récentes sur le traitement du cancer du larynx (MM. Bouchet, M. Jacod, P. Ch. Huet et M. Ombrédanne). Secrétaire général : M. H. Flurin, 19, avenue Mac-Mahon, Paris (17e) et Cauterets (Hautes-Pyrénées). Secrétaire adjoint : M. H. Guillon, 6, avenue Mac-Mahon, Paris (17e).

Fin octobre. — Paris. — XXVIIe Congrès d'Hygiène. Secrétaire général : Dr X. Leclainche, inspecteur général, directeur départemental de la Santé à Paris, 1, avenue Victoria, Paris (4e).

Octobre. — Paris. — Ve Congrès des Médecins Electro-Radiologistes de langue française. Questions : 1° Radiodiagnostic. Anatomie radiologique du poumon, par MM. Chatton et Maleki (Montpellier) ; 2° Radiothérapie : La Rœntgenthérapie de la douleur, par M. Gilbert (Paris) ; 3° Electrologie : La Physiothérapie de la poliomyélite, par MM. Humbert, Lefebure et Jacques Bernard (Paris). Secrétaire général : Dr Dariaux, 9 *bis*, boulevard Rochechouart, Paris.

Octobre. — Paris. — Réunion de la Société Française de Phoniatrie. Secrétaire général : Dr Tarneaud, 27, avenue de la Grande-Armée, Paris.

ANALYSES

La chirurgie de la base de la langue par voie trans-laryngée. — Professeur Portmann (de Bordeaux). *Revue de laryngologie, otologie et rhinologie*, 67e année, n° 8, octobre 1946, p. 565 à 574. 4 fig.

La chirurgie de la base de la langue était restée jusqu'à ces dernières années une chirurgie d'une particulière gravité. La sécurité que donne aujourd'hui la nouvelle méthode de laryngectomie totale en trois temps pour le traitement du cancer a encouragé l'auteur à l'utiliser aussi bien pour les interventions vers l'œsophage, la trachée, le pharynx, que vers la base de la langue.

« La laryngectomie, écrit Portmann, donne une voie d'accès extrêmement aisée sur tout l'hypopharynx et le bucco-pharynx. Lorsque le larynx étant enlevé et le malade ayant la tête en hypertension, on inspecte l'oro-pharynx, on se rend compte du jour considérable que l'on a, en particulier jusqu'au V lingual. Tout le secteur compris entre les sillons glosso-amygdaliens, le sillon glosso-épiglottique et le V lingual peut être aisément abordé.

« La technique consiste, une fois le larynx enlevé, à réséquer le corps de l'os hyoïde, puis saisissant dans une pince de Museux la base de la langue qui est attirée en bas et en dehors, à travers la brèche opératoire, on pratique, aux ciseaux forts ou au bistouri, la résection des plans musculaires envahis.

« La résection pratiquée, on suture à la grosse soie les tranches de section de la langue et on pratique, pour terminer, la pharyngostomie, comme dans la laryngectomie classique. »

Georges Portmann précise ensuite comme indications majeures les tumeurs de la région épiglottique ayant envahi plus ou moins largement la base de la langue, mais il en est d'autres encore.

A l'appui, Portmann apporte deux observations particulièrement démonstratives. Dans l'envahissement de la base de la langue, la résection du tiers postérieur a permis d'enlever chez ces deux opérés tout ce qui paraissait être macroscopiquement la tumeur. D'autre part, deux noyaux de récidive apparus chez l'un d'eux ont pu être immédiatement détruits par un aiguillage de radium.

Lorsque le malade est complètement guéri on constate « que le «moignon lingual antérieur conserve toute sa mobilité, et permet au malade de parler et de déglutir avec une parfaite aisance ».

F. L. S.

La réduction — arthrodèse dans la luxation congénitale unilatérale irréductible de la hanche. — MM. F. Delitala et C. Païs. *La chirurgica degli organi di movimento*, vol. XXX, fasc. I. Janvier-mars 1946, p. 1-27, 22 fig.

Les auteurs font d'abord la critique de toutes les méthodes de traitement employées dans ces cas. Aucune, sauf l'arthrodèse, ne supprime complètement la douleur, l'instabilité, la fatigue à la marche.

A la suite de nombreux auteurs américains, ils préconisent ici la réduction sanglante suivie d'ankylose en bonne attitude.

Dans le cas de très grand raccourcissement (5 à 6 centimètres) avant d'opérer on pratique l'abaissement de la tête fémorale par traction continue sur broche transfémorale. C'est par incision antéro-externe très longue, incision du fascialata et du grand fessier, détachement de tous les muscles s'insérant au grand trochanter, section du tendon du psoas, qu'on libère toute l'extrémité supérieure du fémur. Résection complète de la capsule. On décortique la tête fémorale et le cotyle de leur cartilage. Creusement d'un profond sillon dans le plafond du cotyle — prélèvement d'un greffon comprenant le grand trochanter et un long

bout de la diaphyse. Réduction. — Encastrement du greffon fémoral retourné dans le sourcil cotyloïdien.

Des travaux de Delitala résulte que la position optima à donner est une flexion à 45 ou 50°, abduction à 5°, rotation indifférente.

L'examen de 10 opérés montre que la douleur est supprimée, la boiterie imperceptible, l'appui solide, la montée des escaliers, la bicyclette sont praticables, le raccourcissement est réduit à 1 ou 2 centimètres. La méthode est *applicable* non seulement aux luxations congénitales, mais aux luxations paralytiques ou traumatiques anciennes.

M. L.

La voie d'accès interne de l'articulation de la hanche. — MM. E. Etienne, M. Lapeyre et A. Campu. *J. de chirurgie*, tome 62, n°s 3-4, 1946, p. 115-121, 4 fig.

Qu'il s'agisse de la réduction sanglante dans la luxation congénitale de la hanche, du drainage de l'arthrite suppurée, de la résection de la tête fémorale dans l'ostéomyélite, les auteurs préconisent la voie d'accès interne en passant entre les adducteurs, la cuisse étant mise en abduction forcée et rotation externe, en position gynécologique, la tête fémorale fait saillie à 4 ou 5 centimètres de profondeur seulement, entre la saillie du grand adducteur et celle du droit interne. L'incision est faite sur une ligne allant à la partie postérieure du condyle interne du fémur à un point situé à mi-distance de l'épine du pubis au sommet de l'ischion. On incise en avant du grand adducteur, on rencontre le petit adducteur qu'un écarteur soulève. On aperçoit la branche postérieure du nerf obturateur qui est aussi refoulée en haut. Le doigt sur la saillie de la tête fémorale on incise la capsule.

Cette voie d'abord a l'avantage de ne nécessiter aucune section musculaire, c'est la voie d'abord la meilleure pour le drainage de la hanche.

M. L.

Le syndrome post-traumatique d'hypertonie musculaire et de dégénérescence nerveuse (Syndrome de Volkmann). M. Pierre Lombard (Alger). *Revue d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur*, t. 32, n° 6. Novembre-décembre 1946, pp. 351-358.

L'auteur développe cette notion que dans toute fracture il y a une atteinte des centres nerveux du blessé et particulièrement de la moelle épinière dans ses territoires moteurs et sympathique.

Dans un cas de syndrome de Volkmann type : syndrome des trois nerfs, rétraction des fléchisseurs, anesthésie complète de la main s'arrêtant circulairement au poignet, une infiltration de novocaïne dans l'épaisseur des fléchisseurs et des pronateurs a fait disparaître et de manière définitive leur contracture — un appareillage a stabilisé cette guérison de la griffe.

M. Lombard, à propos de ce cas, discute la genèse du syndrome de Volkmann. Il y reconnaît : 1° un spasme vasculaire, mais situé en général au-dessus du siège de la fracture et pouvant se propager au côté opposé ;

2° Une hypotonie dans le domaine du radial allant à la paralysie *avec intégrité* du long supinateur ;

3° Une hypertonie dans le domaine des fléchisseurs et pronateurs cédant à l'infiltration anesthésique ;

4° Une atrophie définitive avec dégénérescence des petits muscles de la main.

Toutes ces manifestations ne peuvent avoir pour explication que des lésions médullaires comme l'impose la comparaison avec la paralysie saturnique (paralysie radiale avec conservation du long supinateur et paralysie type Aran-Duchume).

Il s'agit de lésions médullaires du centre neuro-sensitivo-moteur qui correspond au système osseux, ligamentaire, musculaire lésé par le traumatisme.

M. L.

A propos des paralysies par ischémie. — M. P. Wertheimer. *Soc. de chir. de Lyon*, séance du 9 mai 1946. *In Lyon chirurgical*, tome 41, n° 6. Novembre-décembre 1946, pp. 703-705.

Blessé atteint d'une plaie de l'artère axillaire méconnue aboutissant à une oblitération segmentaire. Sans aucune lésion évidente des troncs nerveux, sauf peut-être une blessure partielle du tronc radiculo-circonflexe, ce blessé présente une paralysie globale du membre supérieur à prédominance motrice. A la suite d'une résection du segment artériel oblitéré sur 3 centimètres, on observe une régression progressive de la paralysie qui se limite au territoire du radial qui, peu à peu, évolue elle-même vers la guérison.

A propos de cette observation l'auteur reprend la question encore très controversée des paralysies par ischémie. En effet l'expérimentation sur l'animal ne permet pas d'affirmer que l'ischémie d'un tronc nerveux conduise obligatoirement à la perte des fonctions du nerf et à sa dégénérescence. Au contraire elle tend à prouver que le nerf conserve vis-à-vis de l'ischémie une tolérance considérable. Il en est de même de certains cas chez l'homme dans lesquels, par exemple, on a été obligé de se livrer à une très étendue libération du nerf pour pouvoir pratiquer la suture nerveuse .Il semble que là la circulation a été conservée par les *vasa nervorum*, à direction longitudinale dans le tronc nerveux. D'autre part, des observations comme celle de Wertheimer, semblent prouver que l'oblitération de l'artère centrale du membre peut retentir gravement sur la fonction du nerf et produire des lésions qui peuvent devenir irréversibles. Ces différences dépendaient des diverses modalités de la distribution artérielle dans les troncs nerveux.

M. L.

Accidents post-opératoires occasionnés par des compresses de rayonne. — M. Labry. *Soc. de chirurgie de Lyon*, séance du 9 mai 1946. *Lyon chirurgical*, tome 41, n° 6. Novembre-décembre 1946, p. 707.

L'auteur apporte 3 observations dans lesquelles de la rayonne ayant été employée soit pour un Mickuliez soit pour méchage, l'extirpation fut impossible, la gaze adhérente dans la profondeur se déchirant. Dans le cas de Mickuliez on fut obligé de réintervenir pour enlever les débris.

Le professeur Tavernier a de même observé une fistulisation prolongée, nécessitant une seconde intervention, dans un cas de tamponnement avec compresse de fibrane.

M. L.

L'injection intra-fémorale de novocaïne dans le traitement des artérites oblitérantes des membres inférieurs. — M. Cl. Macrez. *La Médecine*, 28e année, n° 2, février 1947, pp. 14-16.

Courte revue générale sur la question, expose d'abord les bases théoriques de la méthode : anesthésie régionale et action sur les terminaisons nerveuses motrices des parois des artérioles, puis montre les applications pratiques, techniques, incidents, résultats. Une bibliographie termine cette étude.

M. L.

La théophylline. Sa place actuelle en thérapeutique. — M. J. Facquet. *Le Progrès Médical*, n° 23 du 10 décembre 1946.

La théophylline, comme la caféine et la théobromine, appartient au groupe des dérivés puriques. Plusieurs procédés ont été employés pour la solubiliser. Il semble que la solubilité obtenue par l'éthylène-diamine est la meilleure, car l'éthylène-diamine renforce l'effet de la théophylline, en particulier au point de vue respiratoire.

L'étude expérimentale a montré une toxicité pratiquement nulle de la théophylline et sa triple action sur le cœur, le rein et le système nerveux central. La vaso-dilatation coronarienne est particulièrement nette. A ce point de vue, la théophylline est plus active que la caféine et la théobromine, et la théophylline-éthylène-diamine a un effet plus marqué que la théophylline solubilisée par l'acétate de soude. La théophylline exerce également une action stimulante sur le muscle cardiaque. Elle accroît fortement la diurèse et agit sur le centre respiratoire.

A côté de ces actions fondamentales, il faut mentionner un effet broncho-dilatateur.

La posologie habituelle est la suivante : par voie buccale, 30 à 80 cgrs par 24 heures ; en injection intramusculaire 35 à 50 cgrs ; en injection intraveineuse 25 cgrs ; en suppositoires 35 à 40 cgrs.

Cette médication est en général bien tolérée ; par voie buccale, l'irritation gastrique est extrêmement rare.

Les applications thérapeutiques découlent de ces propriétés. La vaso-dilatation coronarienne l'a fait indiquer tout d'abord dans les coronarites ; on peut y distinguer deux cas différents : l'infarctus du myocarde, l'angine de poitrine. Dans l'infarctus du

myocarde, il n'y a pas intérêt à prescrire la théophylline d'une façon trop précoce. Par contre, elle est très indiquée à la période d'infarctus confirmé. Dans l'angine de poitrine, la théophylline a été largement utilisée et les résultats obtenus sont bons dans la majorité des cas.

La théophylline a d'autres indications majeures. Dans l'insuffisance cardiaque, elle agit comme tonique du muscle cardiaque et comme diurétique, cette action diurétique étant, à dose égale, supérieure à celle de la théobromine. Lian et ses collaborateurs viennent d'insister sur son efficacité véritablement spectaculaire dans la dyspnée de Cheyne-Stokes. Dans l'asthme elle agit souvent favorablement. On a préconisé également la théophylline dans les néphrites aiguës, les oliguries et les anuries post-opératoires, ainsi que dans certaines intoxications.

Des travaux américains récents signalent son action calmante sur les coliques hépatiques. Il y a là une indication nouvelle qui mérite d'être retenue. Le champ d'action de la théophylline est donc déjà très large et il s'étendra encore vraisemblablement dans les années à venir.

L.

Le repas épais à la poudre de graines de caroube (gomme de caroube), par MM. Lelong et Rossier (*Paris-Médical*, 28 décembre 1946, 36e année, n° 52, p. 588.)

On sait depuis Gallois l'influence favorable de l'épaississement des repas et de la suppression de l'alimentation liquide sur les vomissements habituels des nourrissons.

L'épaississement par soustraction d'eau oblige à donner du liquide souvent vomi dans l'intervalle des repas, sinon la ration d'eau est insuffisante. Les substances épaississantes ont l'inconvénient de déséquilibrer le régime et d'occasionner des troubles digestifs, surtout s'il s'agit de farine ou d'amidon. Les auteurs ont été amenés à utiliser la poudre de graines de caroube qui donne au taux de 2 %, à 30°, un liquide mucilagineux à consistance de bouillie, insipide et inodore, de valeur énergétique pratiquement négligeable, ne modifiant ni la teneur en eau des repas ni les conditions de la digestion gastro-intestinale.

Il suffit de faire tomber la poudre en pluie sur le lait tiède et préalablement bouilli en remuant avec une cuiller de bois jusqu'à l'obtention de la consistance désirée.

La consistance épaisse résiste à la chaleur.

Les auteurs insistent sur la tolérance parfaite de cette poudre et sur son efficacité dans les vomissements habituels des nourrissons.

M. L. S.

Sur quelques cas de polyglobulie avec hypertension. — MM. R. Legrand, J. Desruelles, M. Dupas (de Lille). *La France Médicale*, décembre 1946.

Revue générale des syndromes de polyglobulie avec hypertension qui sont diversement classés selon les auteurs. On peut y distinguer, à côté de la pléthore simple, la polycythémie artériopathique bénigne de Chevalier, la polycythémie artériopathique de Geisböek. Les rapports de coïncidence ou de causalité entre la polyglobulie et l'hypertension sont différemment conçus selon les auteurs.

R. G.

Sur des substances antituberculeuses actuellement à l'étude. — A. Delaunay. — *Diagnostics et traitements*, 1945-1946. Tome IV, fasc. XII (tuberculose).

Parmi ces substances, l'auteur cite plus particulièrement la vitamine PP qui attira vivement l'attention lors de l'expérimentation *in vitro*, mais sur l'emploi médical de laquelle il convient de faire les plus expresses réserves.

La streptomycine, puissante *in vitro* et dans l'expérimentation sur l'animal, mais dont la toxicité nécessite encore de longues études avant qu'on puisse s'en servir en médecine humaine.

La clitocybine mal connue encore.

Enfin les sulfones, dont l'action retardante sur le microbe se double malheureusement d'une toxicité qui ne permet pas encore de l'employer sous sa forme actuelle.

R. L.

La maladie du sommeil en Guinée en 1944 avec observations sur les ophidiens, culicidés et phlébotomes rencontrés dans la colonie. J. Fraza de Azevedo, F.-J.-C. Cambournac et Manuel Pinto. *Annales de l'Institut de médecine tropicale portugaise*, 1945, p. 7-49.

Envoyés en mission d'étude en Guinée portugaise, les auteurs ont constaté que la maladie du sommeil est répandue dans cette colonie, Elle est due à la piqûre de glossines infectées de trypanosomes à type polymorphe. On rencontre rarement des animaux domestiques et sauvages infectés.

En tout cas la maladie a augmenté depuis 1932, date de la mission du professeur Sequeira. La *glossina palpalis* est de beaucoup la plus fréquente (94,63 %), puis viennent la *gl. submorstans* et la *gl. longipaltis*. Il est donc nécessaire d'intensifier la lutte contre le fléau.

Les auteurs signalent en outre les variétés d'ophidiens qu'ils ont capturés au cours de leur séjour (colubridés, vipéridés, boas, pythons). Ils ont aussi trouvé des exemplaires de culicidés genre anophèle, culex, 8 œniorhynchus et de phlébotomes, en particulier le *signatipennis* et le *fallax*.

F. L.

Nouvelles méthodes de combat des larves d'anophèles dans les rizières au moyen de substances du groupe D. D. T. F.-J.-C. Cambournac, J.-M. Pinta Simoës et Sant'Anna Queiros. *Annales de l'Institut de médecine tropicale portugaise*, 1945, p. 103-40.

Utilisant des solutions alcooliques à 1 % simples ou additionnées de 0,25 cc. de « Molhante » NNE Geigy et 0, 125 cc de térébenthine par 5 cc., les auteurs ont tenté une nouvelle méthode de lutte contre les anophèles dans les rizières en mélangeant le larvicide avec l'eau des chantiers seulement dans la zone proche des ouvertures destinées à l'irrigation. La diffusibilité des solutions alcooliques dans l'eau permet une distribution automatique du larvicide qui est suffisamment actif dans des proportions variant entre 1/10.000.000e et 1/20.000.000.e Même à 1/40.000.000e et 1/100.000.000e la toxicité persiste vis-à-vis des larves. De bons résultats ont été obtenus dans les chantiers longs de 100 mètres. et larges de 30 mètres.

F. L.

LIVRES NOUVEAUX

L'Hématologie, par P.-Emile Weil, médecin des hôpitaux de Paris. Un volume de 268 pages, avec 49 figures et 12 hors-texte en couleurs. Masson et Cie, éditeurs.

Ce livre a paru pour la première fois en octobre 1939. Entièrement revue et augmentée, cette deuxième édition tient compte des dernières acquisitions de la science en la matière.

Cet ouvrage sur l'Hématologie a été spécialement conçu pour rendre des services aux praticiens, aux étudiants et à tous ceux qui travaillent dans les laboratoires, en les initiant à la technique hématologique et aux enseignements cliniques qu'elle peut leur fournir. Il désire se présenter sous les apparences d'une pratique.

Cette conception de l'ouvrage a amené l'auteur à ne pas insister sur les aspects de l'hématologie qui ne peuvent intéresser que des spécialistes : son travail n'a pas la prétention de constituer un traité.

C'est un instrument de travail et d'étude qui se présente comme un tout. Le plan en est simple : une première partie traite de l'Hématologie au Laboratoire, la seconde de l'Hématologie en Clinique.

En passant, l'auteur traite de notions théoriques portant sur l'embryologie, la genèse des éléments cellulaires du sang et de sa partie liquidienne, la physiologie du sang, etc., ce qui facilite grandement la compréhension de la pathologie générale sanguine. Dans l'ensemble du livre, la cytologie tient la première place qui semble lui revenir de droit.

Une partie du livre est consacrée à l'étude clinique des centres hématopoïétiques que les travaux actuels sont en train de mettre au point. Les études des splénogrammes ont amené l'auteur à compléter ou à reviser bien des notions théoriques et lui ont permis de déceler toute une cryptopathologie jusqu'ici ignorée ou seulement soupçonnée et qu'il est possible de reconnaître au lit du malade, et souvent de soigner et de guérir.

Un chapitre est consacré aux réactions leucocytaires locales dont la connaissance remonte aux travaux bien connus de Widal, de Ravaut et de Sicard qui ont constitué un magnifique chapitre dû à la science française.

La seconde partie du livre étudie les affections du sang mais non de façon complète et théorique. D'après les symptômes relevés auprès du malade, l'auteur montre ce que les divers procédés de laboratoire et les études cytologiques du sang et des organes hématopoïétiques sont capables de fournir pour poser un diagnostic des affections sanguines.

Un ouvrage sur le sang se devait d'être abondamment illustré. Cette exigence a été largement comblée en faisant appel à la couleur chaque fois que le sujet s'y prêtait (46 figures en noir et 22 figures ou planches en couleurs).

Si par ses dimensions et par le public qu'il cherche à atteindre, ce travail mérite la qualification de pratique », il est juste de souligner que l'esprit qui l'anime dépasse de beaucoup la modestie du cadre. L'auteur, dont le nom fait autorité dans le monde entier, a su donner à toutes les questions qu'il traite un tour original et personnel qui rend l'ouvrage vivant et riche d'enseignements.

La réticulose histiomonocytaire, par P. Cazal, chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier. Un volume de 196 pages, avec 32 figures. Masson et Cie, éditeurs. Paris, 1947.

Nouvelle affection, sortie du groupe des pseudo-leucémies, la réticulose histiomonocytaire, affection maligne systématisée au stroma réticulaire des organes hématopoïétiques, est assez voisine de la maladie de Hodgkin.

Ce n'est pas une maladie rare ; elle est même relativement fréquente si l'on sait la dépister, et sa fréquence semble s'être accrue au cours des années 1941-1944. Son aspect clinique est très polymorphe : il déborde largement le cadre de l'hématologie, car de nombreuses manifestations sont de l'ordre de la médecine générale, de la dermatologie, de la neurologie, de la chirurgie générale même.

Mais c'est du point de vue de la pathologie générale que cette maladie offre le plus d'intérêt. Elle est en effet le type même des « métaplasies » ; elle se rapproche par bien des points des néoplasmes. Il est probable que la confrontation mutuelle de ces deux groupes, l'étude de leurs rapports, seront extrêmement fructueux pour la connaissance de l'un et de l'autre.

Cette monographie est le premier travail d'ensemble consacré à la question.

Divisions de l'ouvrage

I. Historique.

II. Les différentes localisations. — Rate et foie. Ganglions. Peau et muscles. Moelle osseuse et squelette. Poumons et plèvre. Liome tawarien bénin.

III. Les tumeurs malignes du cœur. — Les tumeurs malignes primaires Le sarcome primitif du cœur. Les tumeurs secondaires. L'invasion auriculaire. Le rythme nodal possif. L'arythmie complète. L'invasion de l'oreillette gauche. Bibliographe des tumeurs intrathoraciques. L'invasion auriculaire et la thrombose néoplasique. Les métastases cardiaques. Généralités. L'atteinte endocardique. Les métastases silencieuses. Les métastases septales. Bibliographie de tumeurs métastatiques du cœur.

IV. Les tumeurs du péricarde. — Les tumeurs malignes primaires. Les tumeurs secondaires du péricarde. Diagnostic et traitement des tumeurs du péricarde.

Conclusions générales.

L'Anesthésie intraveineuse au penthothal-sodium, par E. Kern. Préface du professeur agrégé Merle d'Aubigné. Monographie 94 pages. Masson et Cie, 1947.

Par la rapidité de son action et la sécurité de l'anesthésie qu'il procure à condition que son administration observe des règles précises, le penthothal-sodium est devenu l'agent habituel de l'anesthésie intraveineuse pendant la guerre ; les formations chirurgicales des armées anglo-américaines en particulier l'ont utilisé sur une vaste échelle. C'est le fruit d'une expérience personnelle de 3.000 anesthésies que E. Kern nous apporte dans cette monographie qui intéressera chirurgiens et anesthésistes. Les avantages et les inconvénients du penthothal, les conditions de son administration, les résultats et les indications sont exposés avec clarté et précision. Ce petit ouvrage constitue le meilleur guide de ce mode d'anesthésie appelé sans doute à une large diffusion.

P. L.

Sciences occultes et déséquilibre mental, Dr Philippe Encausse. 2e édition. 1 vol. 314 pages. Payot, Paris 1944.

Nul n'était plus qualifié que le fils de Papus pour écrire sur cette question si passionnante et si discutée un ouvrage préfacé par le professeur Laignel-Lavastine.

Il ne faut pas confondre spiritisme et occultisme.

Le spiritisme est la croyance aux communications possibles entre les vivants et disparus, qui se font par l'intermédiaire de médiums et se matérialisent par des raps ou coups frappés et par des mouvements de tables. D'après la doctrine spirite, l'homme se compose de trois principes : l'âme, le puresprit et le corps. Les deux premiers persistent après la mort, le troisième se décompose. Ame + puresprit = Esprit. L'esprit qui a conscience de son nouvel état éprouve toutes les perceptions qu'il avait sur la terre, mais à un plus haut degré. Possédant les mêmes vertus et les mêmes vices que les hommes, il agit sur eux parfois spontanément, souvent quand il est provoqué par l'intermédiaire de médiums. C'est le puresprit, matière éthérée, que l'esprit rend parfois visible (ectoplasme) qui produit les bruits, les mouvements des tables et autres objets, qu'il soulève par un jet de fluide.

La réincarnation fait partie de la doctrine spirite.

L'occultisme est l'étude de la tradition antique concernant les forces cachées de la nature, de l'homme et du plan divin. La science occulte enseignée dans les sanctuaires antiques comprenait quatre sections : 1° Alchimie, étude et maniement des êtres et des forces élémentaires ; 2° Magie, étude et maniement des forces astrales ; 3° Psychurgie, étude et maniement des forces occultes de l'homme ; 4° Théurgie, étude des forces de l'Empyrée et de leurs relations. L'homme, microcosme dans le grand univers, est constitué d'une trinité de principes unifiés : le corps physique, le corps astral, l'Esprit. Le corps astral est le principal moteur présidant à l'élaboration de toutes les forces organiques. Il unit par une double polarisation le corps physique à l'esprit.

C'est surtout la pratique du spiritisme qui entraîne des troubles mentaux chez les prédisposés. Il faut distinguer les pratiquants du spiritisme à mentalité anormale : débiles mentaux, déséquilibrés, schizoïdes et les médiums dans lesquels Laignel-Lavastine distingue : 1° les dupeurs et les escrocs ; 2° les aliénés à délire systématisé ; 3° les débiles mentaux chez lesquels la pratique du spiritisme est la cause occasionnelle de l'apparition du délire. En effet, comme l'a montré Paul Duhem, le spiritisme favorise l'éclosion de délires.

Les dangers de la magie, moins répandue que le spiritisme, sont moindres par ce fait même. A côté de sujets atteints de troubles passagers, il y a de véritables persécutés dangereux pour eux-mêmes et pour les autres. Beaucoup de sorciers finissent dans la folie, quelques-uns devenant toxicomanes.

L'auteur termine son intéressant ouvrage en attirant l'attention sur les mercantis de l'occultisme, véritables « marchands du temple ».

F. L.

Dépôt légal. — 1947. 2e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 20. — SAMEDI 17 MAI 1947 — 120e ANNEE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an. France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538 76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e). Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France	356 fr.
au lieu de 375 fr.	
Un an : étudiant	190 »
au lieu de 200 fr.	
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours pour une place de chirurgien des hôpitaux

Jury : MM. Sauvage, Sénèque, Seillé, Cadenat, Merle d'Aubigné, Ray. Bernard, Mocquot, Sorrel, Robert Monod, de Gaudart d'Allaines, chirurgiens ; Decourt, médecin.

Concours pour trois places de médecin des hôpitaux

Jury : MM. Cathala, Donzelot, Debré, Cachera, Heuyer, Degos, Halbron (honoraire), M. P. Weil, Soulié, Caroli, Derot, de Sèze.

Concours de médecin des hôpitaux
Epreuve annuelle de titres 1947

Admissibles. — MM. les Docteurs : 1. Netter, 20 ; 2. Bouvrain, 20 ; 3. Duperrat, 20 ; 4. Conte, 20 ; 5. Pécher, 20 ; 6. Rubens-Duval, 20 ; 7. Gaultier, 20 ; 8. Siguier, 20 ; 9. Morin, 20 ; 10. Varay, 20 ; 11. Lamotte, 20 ; 12. Aussannaire, 20 ; 13. Bloch, Michel, 20 ; 14. Faulong, 20 ; 15. Catinat, 20 ; 16. Mallet, 20 ; 17. Lesobre, 20 ; 18. Claisse, 20 ; 19. Mozziconacci, 20 ; 20. Dupuy, 20 ; 21. Tanret, 20 ; 22. Mathivet, 20 ; 23. Seringe, 20 ; 24. Israël, 20 ; 25. André, 20 ; 26. Grenet, 20 ; 27. Gerbaux, 20 ; 28. Macrez, 20.

Non admissibles. — MM. les Docteurs : 1. Nouaille, 19 ; 2. Kreis, 19 ; 3. Kaufman, 19 ; 4. Sikorav, 19 ; 5. Mamou, 19 ; 6. Fauvert, 19 ; 7. Bastin, 19.

Concours spécial d'internat
Anatomie (7 mai 1947)

1. Anatomie et rapports de la surrénale gauche, avec la physiologie ;
2. Anatomie et rapports du nerf grand hypoglosse, à partir du trou condylien antérieur (sans la physiologie) ;
3. Œsophage thoracique (sans la physiologie) ;
4. Uretère pelvien chez la femme (sans l'histologie et sans la physiologie) ;
5. Artère mésentérique inférieure ;
6. Tronc de l'artère carotide externe ;
7. Nerf médian et sa physiologie ;
8. Rapports et physiologie du corps thyroïde ;
9. Artère sous-clavière droite.

Question sortie : n° 4.

Pathologie médicale (8 mai 1947)

1. Formes cliniques et diagnostic de l'insuffisance aortique ;
2. Formes cliniques de la maladie de Heine-Médin ;
3. Signes et diagnostic du goitre exophtalmique.
4. Signes et diagnostic du cancer de la tête du pancréas ;
5. Signes, diagnostic et traitement de l'œdème aigu du poumon ;
6. Signes, diagnostic et traitement de la maladie d'Addison ;
7. Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse chez l'enfant ;
8. Signes, diagnostic et traitement de l'hépatite amibienne ;
9. Signes et diagnostic de la spirochétose ictéro-hémorragique.

Question sortie : n° 1.

Pathologie chirurgicale (9 mai 1947)

1. Signes et évolution des plaies pleuro-pulmonaires ;
2. Signes et évolution et complications des arthrites suppurées traumatiques du genou ;
3. Choc traumatique ;
4. Signes et diagnostic du cancer de l'ampoule rectale ;
5. Signes et diagnostic du phlegmon périnéphrétique ;
6. Signes, complications et diagnostic de la fracture dite de Dupuytren ;
7. Signes et évolution de la tumeur blanche du genou ;
8. Signes et diagnostic de l'épididymite tuberculeuse ;
9. Signes, évolution, complications et traitement de l'avortement dans les trois premiers mois de la grossesse.

Question sortie : n° 9.

Concours spécial d'externat du 23 avril 1947

Liste des candidats reçus : 1. Vourch (Guy), 59,875 ; 2. Marson (Pierre), 57 ; 3. Andrieu (Alain), 57 ; 4. Le Quellec (Jean), 56,75 ; 5. Blanchet (Guy), 56,75 ; 6. Turillot (François), 56 ; 7. Garnier (Jean), 55,75 ; 8. Piel (Jacques), 55,25 ; 9. Ximènes (Henri), 54,75 ; 10. Viel (Paul), 52,5 ; 11. Bisson (Alain), 51,75 ; 12. Nathan (Jean), 51,75 ; 13. Zeiliger (Jean), 51 ; 14. Stein (Conrad), 51 ; 15. Cnudde (Jean), 51 ; 16. Marchal (Raymond), 49,25 ; 17. Peltier (François), 49 ; 18. Asthié (Pierre), 48,75 ; 19. Rey (Jacques), 48,5 ; 20. Dionisi (Georges), 48,25 ; 21. Bacle (Yves), 47,75 ; 22. Gosselin (Jacques), 47,25 ; 23. Gagnard (Jean), 46,5 ; 24. Priollet (Alain), 46.

Concours de pharmacien des hôpitaux de Paris

Jury. — Président : M. le doyen René Fabre.

Pharmaciens des hôpitaux : MM. P. Fleury, M. Guillot, G. Valette, J. Courtois, A. Goris et R. Moreau.

Ont été proposés à M. le Directeur général de l'administration de l'Assistance publique : MM. Leclerc et Fabiani.

Faculté de Médecine de Paris

Vacances de la Pentecôte 1947. — A l'occasion des vacances de la Pentecôte, et conformément à la décision du Conseil de l'Université, les cours, travaux pratiques,

stages et examens vaqueront à la Faculté les 25, 26, 27 et 28 mai. Aucun examen n'aura lieu le samedi 24.

Conférence

Le Dr I. C. Rubin, professeur à l'Université Columbia New-York, fera le jeudi 5 juin 1947, à 17 heures, à l'Amphithéâtre Vulpian, une conférence sur le sujet suivant : Etude de la physiologie tubaire par la méthode des insufflations.

Facultés de province

Lyon. — Le J. O. du 7 mai 1947 publie un décret du 5 mai portant modification du règlement de l'Institut de médecine du travail de l'Université de Lyon et création de deux diplômes de médecine sociale (option Sécurité sociale et option Médecine du travail).

Légion d'honneur. Guerre

Officier. — Médecin capitaine Léon Hufnagel.

Chevalier. — Médecin lieutenant Henri Pierre Klotz, médecin principal de la marine Mathias.

EDUCATION NATIONALE

Ecoles de médecine. — Le J. O. du 6 mai 1947 publie un décret relatif aux examens afférents au doctorat en médecine en ce qui concerne les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Pour ces examens, le jury comprend au moins trois membres de la Faculté de rattachement : un professeur qui préside et deux agrégés, délégués par le ministre et appartenant à trois spécialités différentes.

Les sujets des épreuves écrites sont choisis par le doyen de la Faculté de rattachement ; les épreuves corrigées et notées par les soins de la Faculté.

Pour le diplôme de pharmacien, il est pris de semblables dispositions.

Hygiène scolaire et universitaire. — La Commission de nomination des assistantes sociales diplômées d'Etat dans les lycées de la région parisienne se réunira en juin. Les candidates doivent se présenter avant le 25 mai à l'Inspection régionale d'Hygiène scolaire de l'Académie de Paris, 5, rue Auguste-Vacquerie, Paris (16e) (tous les matins).

SANTE PUBLIQUE

Masseur gymnaste médical. — Un arrêté paru au J. O. du 6 mai porte réglementation de l'exercice des professions de masseur gymnaste médical et de pédicure.

Comité d'études des problèmes de la santé mentale. — Il est institué au ministère de la Santé publique et de la Population une commission d'études qui sera obligatoirement consultée sur toutes mesures tendant à modifier l'équipement national et départemental d'assistance psychiatrique, ainsi que tous organismes concourant à la protection de la santé mentale.

Elle étudiera tous les problèmes médicaux sociaux de la santé mentale et fournira spontanément ou sur demande du ministre tous les avis utiles.

Congrès d'Hygiène scolaire et universitaire

La Société française d'Hygiène scolaire et la Société des médecins inspecteurs des écoles de la Seine organisent, sous la présidence d'honneur des ministres de l'Education nationale et de la Santé publique, un Congrès qui se tiendra du 25 au 29 juin 1947, à la Faculté de Médecine de Paris. Une séance commune avec le Congrès de la Ligue française d'Education physique aura lieu à la Sorbonne.

A l'occasion du Congrès seront organisées des visites d'écoles, de centres psycho-pédagogiques, d'instituts dentaires et des démonstrations d'éducation physique. Diverses manifestations récréatives et un banquet sont prévus.

Des facilités seront données aux congressistes, telles que : réduction sur les tarifs de transport, chambres d'hôtel assurées, repas à prix abordables.

Prière de s'inscrire dès que possible auprès de la secrétaire, Mme Brodeers, 19, rue de Berri, Paris (8e).

Cotisation : Membres titulaires (qui recevront le volume des rapports), 500 francs.

Membres adhérents : 200 francs.

Trésorier : Dr Mathé, 29 bis, rue Pierre-Demours, Paris (17e). C. C. P. 353-07, Paris.

Secrétaire général : Dr Pierro Delthil, 46, rue de Naples, Paris (8e).

Programme

Mercredi 25 juin : I. Les troubles de croissance des écoliers pendant et après la guerre. L'alimentation à l'école. — II. La scolarité des déficients intellectuels et caractériels.

Jeudi 26 juin : III. L'organisation rationnelle du travail scolaire en France et à l'étranger, projets d'amélioration : 1° dans l'enseignement primaire ; 2° dans l'enseignement secondaire ; 3° dans l'enseignement supérieur ; 4° dans l'enseignement technique.

Vendredi 27 juin : IV. La gymnastique corrective en milieu scolaire.

Samedi 28 juin : V. Hygiène bucco-dentaire : 1° prophylaxie bucco-dentaire par l'hygiène et les soins précoces ; 2° orthopédie dento-faciale. — VI. Les écoles d'amblyopes.

Dimanche 29 juin : Communications diverses.

COURS

Conférences du dimanche

L'Association d'Enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1946-1947, une série de conférences hebdomadaires.

Elles ont lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'Amphithéâtre de la Clinique chirurgicale infantile, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Ces conférences sont publiques et gratuites.

11 mai. — Dr Rudler : La néphro-omentopexie dans le traitement des néphrites chroniques.

1er juin. — Dr Hamburger : Progrès récents dans le traitement de l'asthme.

8 juin. — Dr Pierre-Bourgeois : Psychologie des tuberculeux et troubles psychiques de la tuberculose pulmonaire.

15 juin. — Dr Hepp : Modalités actuelles et résultats du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux (projections).

22 juin. — Dr Grossiord : Maladie de Simmonds.

29 juin. — Dr Layani : Réflexions sur les rhumatismes endocriniens.

6 juillet. — Dr Bolgert : Mélanose de Riehl.

CHRONIQUE

Préoccupations sanitaires en Afrique

M. Marc Rucart, ancien ministre de la Santé publique et président de la Commission d'outre-mer, s'est rendu dans la Côte d'Ivoire, qui fut récemment troublée d'une façon sanglante. Il a fait une enquête et, à son retour, il en a publié les résultats dans le grand hebdomadaire « Climats » du 1er mai dernier. Nous en extrayons un passage qui montre douloureusement le recul rapide de la civilisation dans ces pays noirs que nos médecins coloniaux avaient réussi, après tant d'efforts, à débarrasser de redoutables maladies épidémiques.

Au nom de l'égalité démocratique, les noirs réclament tous les droits et la liberté : c'est la liberté de ne pas respecter les contrats, de refuser tout travail...

« C'est la liberté de ne plus se faire vacciner contre la maladie du sommeil. C'est la liberté d'insulter infirmiers et infirmières. C'est la liberté de ne plus accoucher dans les maternités.

« Dans la liberté, il y a la liberté de la contagion. Il faut maintenant que les infirmiers courent après les gens pour les obliger à rester en bonne santé. Les équipes ne peuvent trouver de porteurs, non seulement pour les personnes, mais même pour les boîtes de vaccin. Dans certains villages, il est impossible de trouver plus de dix personnes. Certains agitateurs, comme le chef du village de L... vont jusqu'à dire : « Ne vous présentez pas à la vaccination ; les blancs français sont venus avec leur vaccin pour vous tuer. »

« Les infirmiers sont parfois contraints de faire la vaccination de case en case.

« Il y avait un centre de lépreux sur le territoire de Dabakala. Dès qu'ils apprirent l'octroi des droits politiques, la majorité d'entre eux se sont enfuis. »

Cet état d'esprit gagne malheureusement peu à peu trop de territoires dans la France d'outre-mer, et on peut déjà mesurer le mal dont les agitateurs politiques demeurent responsables. — F. L. S.



DU TUBE DIGESTIF
DES VOIES BILIAIRES
DE TOUS LES ORGANES
A MUSCULATURE LISSE

TRASENTINE NOM DÉPOSÉ
CIBA

ANTISPASMODIQUE DE SYNTHÈSE
D'ACTION PHYSIOLOGIQUE TOTALE
(VOIE NERVEUSE et VOIE MUSCULAIRE)

Spasmes
gastriques et pyloriques
Ulcus — Entéralgies

Coliques hépatiques
Cholécystites

Coliques néphrétiques
Spasmes urétro-vésicaux — Hypertonie utérine

DRAGÉES	SUPPOSITOIRES
1 à 2 dragées 2 à 3 fois par jour	1 à 2 suppositoires par jour

1552

LABORATOIRES CIBA — Dr P. DENOYEL
103 à 117, Boulevard de la Part-Dieu — LYON

Troubles digestifs aigus

nourrissons ★ enfants ★ adultes

AROBON
NESTLÉ

la *nouvelle diète* à base de farine de *caroube* traitée. Efficacité remarquable. Action extrêmement rapide et sûre, même chez les tout-petits. Goût agréable, pas de refus. Préparation simple. L'Arobon est donné au début en décoctions, puis associé au babeurre (Elédon "jaune").

INDICATIONS

NOURRISSONS ET ENFANTS : Dyspepsies aiguës et chroniques. Entérites. Entérocolites. Colites. Dysenterie bacillaire. Diète de fruit remarquable dans la maladie coeliaque.

ADULTES : Gastro-entérites. Entérites. Troubles diarrhéiques d'origine infectieuse ou chronique. Sprue.



Société des produits pharmaceutiques SOCEFA
18, Place Henri Bergson — Paris (8e)

Une forme spéciale de l'acide pantothénique, vitamine du complexe B.
Le

Bépanthène
"Roche"
(Panthénol)

est indispensable à la physiologie normale des tissus épithéliaux, dont il accroît la résistance aux infections.

TUBE DIGESTIF ET FOIE,
PEAU, MUQUEUSE. SYSTÈME PILEUX.
VOIES RESPIRATOIRES

Comprimés
Ampoules



PRODUITS "ROCHE" S.A. 10, rue Crillon, PARIS 4e



CHLORO-CALCION

REVUE GÉNÉRALE

La pénicilline dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë

par Marcel LANCE
Membre de l'Académie de Chirurgie

On connaît la gravité extrême de l'ostéomyélite aiguë à staphylocoque chez l'enfant ; gravité par mortalité élevée dans la forme septicémique ou septicopyohémique ; gravité aussi des formes moyennes se transformant en ostéomyélites chroniques fistulisées et des rechutes à longue distance.

Ce pronostic sévère avait déjà été un peu amélioré par l'emploi des sulfamides ; l'apparition de la pénicilline a fait naître les plus grands espoirs. Son emploi a-t-il justifié cet espoir ? Laissant de côté l'ostéomyélite chronique dans laquelle l'emploi de la pénicilline a jusqu'ici été décevant, nous n'envisagerons que l'ostéomyélite aiguë.

Un certain nombre de publications récentes nous ont apporté quelques éléments d'étude permettant de se faire une opinion au moins d'attente. Nous allons les résumer ici.

***

L'ostéomyélite aiguë est à la fois une affection générale et une affection locale, une septicémie à localisations osseuses et parfois viscérales.

Nous envisagerons successivement l'action de la pénicilline sur l'infection générale et sur la lésion osseuse.

I. ACTION DE LA PÉNICILLINE SUR L'INFECTION GÉNÉRALE.

Dans les formes septicémiques aiguës et parfois suraiguës, l'emploi de la pénicilline a-t-il diminué la mortalité ?

E. Sorrel rapportant la statistique de son service de l'hôpital Trousseau, donnait sur 290 cas observés en quinze ans, avant l'emploi de la pénicilline, 35 décès, soit 12 % ; mortalité un peu diminuée par l'emploi de la résection diaphysaire (pour 102 malades opérés, la mortalité a été de 10,78 %).

Depuis l'emploi de la pénicilline, sur 41 cas en 22 mois, Sorrel n'a plus eu de décès. Il estime que quatre de ces malades arrivés dans un état extrêmement grave, auraient probablement succombé auparavant.

Leveuf, sur 53 cas traités par la pénicilline à l'Hôpital des Enfants-Malades, n'a eu à déplorer qu'une mort au neuvième jour par péricardite et pleurésie.

Goinard, sur dix malades, n'en a pas perdu un seul.

Altmeier, sur 52 observations, ne cite qu'un décès chez un enfant entré moribond dans son service.

Compère, sur 12 ostéomyélites aiguës hématogènes, n'a eu à déplorer la mort d'aucun enfant.

Tavernier, sur 15 observations, accuse 2 décès : l'un chez un enfant de 10 ans au troisième jour par septicémie, l'autre par péricardite suppurée tardive.

Au total on voit que l'on ne trouve que 4 décès sur 173 ostéomyélites aiguës traitées, soit 2,30 %. C'est donc une diminution importante de la mortalité à la phase aiguë de la maladie.

Il est donc indubitable que l'emploi de la pénicilline a une action favorable sur le pronostic des formes septicémiques, diminuant la mortalité dans les formes subaiguës, diminuant aussi le nombre et la gravité des formes pyohémiques à suppurations osseuses ou viscérales multiples (pleurésies, péricardite, thrombophlébite, etc.) et plus ou moins retardées.

II. ACTION DE LA PÉNICILLINE SUR LA LÉSION OSSEUSE.

Elle est beaucoup plus discutable.

Tout d'abord il faut se rappeler, comme y insistent Dickson et Sorrel, la différence de l'évolution de l'ostéomyélite chez l'enfant au-dessous de 2 ans et chez l'enfant au-dessus de cet âge.

Chez le nourrisson, l'os résiste à l'infection et passe très rarement à l'état chronique. La lésion osseuse disparaît plus facilement. Telle l'observation rapportée par Shulman d'un nourrisson qui, à l'âge de 17 jours, fait une ostéomyélite aiguë du fémur diagnostiquée le dix-neuvième jour. Traité par la pénicilline, la température tombe entièrement en six jours et toute tuméfaction en dix jours.

Au-dessus de 2 ans, chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte, comment se présente l'action de la pénicilline sur le foyer osseux ? A ce point de vue, Altmeier divise les malades en quatre groupes :

1er *groupe*. — Chez les malades soignés très précocement, c'est-à-dire trois ou quatre jours après le début et soignés correctement, les résultats sont excellents : en 36 heures la fièvre tombe, les phénomènes locaux s'amendent en cinq ou six jours, les signes radiologiques restent absents ou très minimes. Pour Altmeier, l'immobilisation n'a qu'une valeur secondaire dans ces cas.

2e *groupe*. — Le traitement est appliqué seulement après trois ou quatre jours, laissant à l'infection locale le temps de se développer. Même avec des injections focales de pénicilline et un drainage chirurgical, dit Altmeier, l'os a été modifié. La radiographie présente une décalcification importante avec réaction périostée, mais pas de séquestration. La guérison peut être obtenue, mais plus lentement.

Ces formes résolutives, très rares au-dessus de 2 ans avant la pénicillothérapie ont augmenté notablement de fréquence depuis son emploi.

Tavernier, sur 15 malades, a vu neuf fois l'évolution se terminer sans abcès, sans formation de séquestre, soit 60 % des cas, proportion énorme, dit-il, car avant l'emploi de la pénicilline, il l'estimait seulement à 10 ou 15 %. Sorrel, sur 41 ostéomyélites aiguës traitées par la pénicilline, a observé dans 4 cas ou la lésion osseuse était visible à la radiographie, et 11 dans lesquels les signes radiologiques n'étaient pas évidents, une guérison en six à dix-huit mois sans formation d'abcès ni de séquestre, soit 36,58 %.

Leveuf et Gabriel Laurence ont observé de même 20 ostéomyélites sur 53, soit 37,74 % qui se sont terminées sans formation d'abcès ou de séquestres, et cependant quinze fois la radiographie montrait des lésions osseuses. Goinard, sur 10 ostéomyélites aiguës en note 5 n'ayant nécessité aucun acte opératoire et Compère, sur 12 cas, n'a eu à opérer que trois enfants. Tornesen et Faber ont vu de même guérir 4 ostéomyélites dont 3 présentaient des lésions osseuses décelées par la radiographie. Etienne, Lescure, Brunel et Bringer (Montpellier) viennent de rapporter une ostéomyélite aiguë du pubis avec hémoculture positive, traitée au troisième jour, chute de la température en quatre jours, guérison en quinze jours, la radiographie reste négative.

Au total donc, sur 132 cas traités par la pénicilline, il y en a eu 53, soit 40 % qui ont évolué vers la guérison, sans abcès ni séquestration, alors qu'antérieurement ces formes résolutives ne dépassaient pas 15 %.

3e *groupe*. — Il comporte les malades chez lesquels, malgré le traitement, un abcès collecté ou un séquestre nécessitent une intervention. Pour Altmeier, tels sont les cas où le diagnostic et le traitement ont été retardés au huitième et au dixième jour. Alors l'évolution vers la séquestration est à peu près fatale, les abcès fréquents et l'infection n'est enrayée qu'après un traitement prolongé par la pénicilline. Une immobilisation de longue durée est indispensable. Quelle est la fréquence de cette forme ?

Leveuf, sur 53 malades, a observé la formation de 32 abcès. Dans la moitié des cas l'abcès a été ouvert, la poche débarrassée de tout tissu sphacélé, et ensuite les tissus refermés sans drainage, en laissant dans la cavité une aiguille pour injecter de la pénicilline : 14 sont restés fistulisés, on a eu à enlever 2 séquestres très petits et à pratiquer 2 résections diaphysaires.

J. Quénu rapporte un succès de suture primitive d'abcès dans ces conditions et Goinard en cite deux autres.

Tavernier a observé 4 abcès collectés sur ses 15 malades traités par pénicilline. Ces suppurations présentent des caractères particuliers : plus tardives, moins douloureuses, avec des caractères se rapprochant des abcès froids. L'un d'eux, drainé, a donné une fistule tarie en sept semaines, les quatre autres, incisés ont été suturés, deux ont guéri par première intention, une a eu une fistule guérie en quelques semaines.

Il n'a observé que 2 séquestres sur 15 malades, alors qu'auparavant la proportion était de 25 %.

Sorrel, au point de vue opératoire, donne les directives suivantes. Le membre est immobilisé dans un appareil plâtré. S'il ne se produit pas d'abcès, ne pas intervenir, laisser le malade courir sa chance. Si on trouve un abcès collecté, on l'incise et au niveau des os longs on vérifie si le pus entoure l'os. S'il n'en est pas ainsi on déterge tous les tissus sphacélés et on suture,

si l'abcès entoure complètement l'os, on pratique la résection de la diaphyse dénudée selon les règles qu'il a indiquées (*Mém. de l'Acad. de chir.*, 1945, p. 198). Cette résection diaphysaire a été pratiquée quatre fois sur 41 ostéomyélites traitées par la pénicilline « dans des conditions beaucoup meilleures qu'autrefois » et permis « d'obtenir des résultats plus rapides et de meilleure qualité ».

Donc, dans l'ensemble, si l'emploi de la pénicilline est loin d'éviter complètement la formation d'ostéomyélites chroniques fistuleuses, elle en restreint considérablement le nombre.

4ᵉ *groupe.* — Mais il existe des formes graves dans lesquelles l'action de la pénicilline n'arrête pas l'évolution qui reste grave et prolongée.

Altmeier conseille dans ces cas, en plus du traitement intensif par la pénicilline, une intervention chirurgicale précoce. Le professeur Tavernier a beaucoup insisté sur ces ostéomyélites qui, malgré la pénicilline, présentent une évolution vers une stabilisation de l'état aigu, sans évolution vers la suppuration ni résolution : « Ces malades, dit-il, ont bien vu leur situation s'amé- « liorer sous l'influence du traitement, mais, au lieu d'aboutir « à la guérison, ils sont restés indéfiniment stationnaires, con- « servant pendant des mois une fièvre étendue, un état général « mauvais et une tuméfaction locale dure, impressionnante, sans « formation d'abcès. »

Il a observé deux de ces cas, et M. J. Creyssel a cité une observation identique. C'est une forme grave qui semble spéciale à la pénicillothérapie.

III. Action de la pénicilline sur l'ossification.

Pendant le traitement on observe au niveau du foyer une décalcification progressive, par plages disséminées, irrégulières, avec une très faible réaction périostée...

Le professeur Tavernier a insisté sur l'aspect vermoulu que présente l'os, l'absence de formation de périostose, d'une gaine d'os opaque solide autour du foyer comme dans l'ostéomyélite non traitée par la pénicilline. L'os reste fragile longtemps, et il y a danger de fracture si la reprise de la marche est trop précoce. Il rapporte un cas de cette complication.

Après la cessation de la pénicilline, la réaction périostée se développe progressivement, atteignant son maximum vers le quatrième ou cinquième mois (Altmeier). Puis la recalcification se fait très vite avec une croissance normale de l'os.

***

L'action de la pénicilline est naturellement très variable, selon l'espèce microbienne en cause, car il ne s'agit pas toujours du staphylocoque.

Par exemple Altmeier, sur 52 observations d'ostéomyélite, a pu déterminer quarante-huit fois le microbe causal : si le *staphylococcus aureus* hémolytique était en cause dans 42 cas, on trouvait trois fois le staphylocoque blanc, une fois un streptocoque hémolytique et une fois un pneumocoque type 3.

Naturellement aussi dans la même espèce, la virulence joue un rôle primordial.

La technique de l'application de la pénicilline est très importante et diffère peu dans l'ostéomyélite de celles généralement employées et qui viennent d'être exposées par P. Muller, F. Giroux et Ch. Bonnet d'après leur importante expérience du centre de Pénicillothérapie de Saint-Etienne.

Dans l'ostéomyélite, tous les auteurs insistent sur l'importance capitale de la *précocité* de l'application de la mycothérapie.

« Les septicémies pures, sans localisations *secondaires*, disent « les auteurs stéphanois, représentent en général les plus beaux « succès de la pénicilline. Les foyers localisés sont souvent plus « difficile a juguler et, parmi eux, les localisations osseuses nous « ont semblé particulièrement rebelles. »

Il s'agit ici de « *question d'heures* » si l'on veut intervenir *avant les localisations*. Et quand celles-ci se constituent, on ne doit en aucun cas attendre les signes radiologiques, qui sont tardifs.

Goinard attribue les 3 échecs qu'il a eu sur 10 malades, à ce que ceux-là sont venus trop tard.

Comme pour les sulfamides, on doit employer une dose d'attaque suffisante. Donner des petites doses au début est inutile et même nuisible, puisqu'on risque de créer une accoutumance qui obligera plus tard à augmenter les doses.

Muller, Giroux et Bonnet conseillent des doses initiales de 400.000 à 800.000 unités par jour dans les cas graves.

La voie d'introduction habituelle est la voie intramusculaire et, tant qu'on n'aura pas une pénicilline à élimination lente, c'est une nécessité absolue de répéter l'injection toutes les trois heures. Muller, Giroux et Bonnet rapportent un cas dans lequel les injections pratiquées toutes les quatre heures n'amenèrent pas l'amélioration qui survient dès qu'on applique la règle des 3 heures. L'injection intraveineuse n'est utilisable que par l'emploi du goutte à goutte.

Cette perfusion par voie veineuse a donné un beau succès à Etienne, Lescure, Brunel et Bringer dans le cas déjà cité, mais elle a déterminé une complication : lymphangite et œdème du bras et de l'épaule. « Cet accident, disent-ils, déjà signalé « par les auteurs américains, ne serait qu'une pseudo-infection « due à la réfrigération veineuse. Tous les signes cèdent à l'arrêt « de la perfusion. »

La voie intra-artérielle est préconisée par de Fourmestraux, au moins au début.

Bodard et Midon (de Nancy), déclarent que l'emploi de la pénicilline par voie intramusculaire ne leur a pas donné, dans l'ostéomyélite, des succès supérieurs à la simple immobilisation plâtrée, alors que la voie artérielle, employée précocement, a été suivie d'améliorations immédiates.

L'emploi de la pénicilline ne doit pas faire oublier, surtout dans les formes septicémiques, le traitement général associé : lutte contre la deshydratation, sur laquelle insistent les Américains, par le sérum glucosé, le plasma sanguin ; lutte contre l'anémie, au besoin par des transfusions sanguines.

La pénicilline ne doit pas être arrêtée dès que l'apyrexie est obtenue ; il faut continuer son application cinq à huit jours encore, en diminuant la dose, et cela surtout si le traitement a été tardif. Il faut se méfier des chutes brutales de température et continuer la médication.

L'association avec les sulfamides est souvent indiquée. Loin de s'opposer, les deux méthodes se complètent, surtout disent Muller, Giroux et Bonnet, si l'on emploie des corps de la série des sulfamethylpyrimidines. D'ailleurs, comme le remarquent ces auteurs, « l'innocuité pratiquement parfaite de la pénicilline s'accompagne d'absence d'antagonisme avec les médicaments usuels ».

***

Au total, on peut déjà affirmer que l'emploi de la pénicilline constitue un progrès dans le traitement de l'ostéomyélite aiguë.

Tout d'abord la mortalité est considérablement diminuée dans les formes septicémiques. Dans les formes aiguës ordinaires, si la pénicillothérapie n'a pas écarté entièrement le spectre de l'ostéomyélite chronique, si tenace, si rebelle à la thérapeutique, si elle laisse se créer encore beaucoup d'abcès se terminant par une fistule, si elle crée parfois une forme aiguë prolongée, on peut par contre affirmer qu'elle a notablement augmenté le nombre des formes abortives et des guérisons. Mais il est encore trop tôt pour affirmer que celles-ci sont définitives et pour savoir si la mycothérapie n'a fait que retarder les rechutes possibles. C'est là réserve que font sagement tous les auteurs.

L'avenir jugera.

Indications bibliographiques

Fr. D. Dickson. (Kansas City). J. A. M. A., 27 janvier. *An.* CXXVII-212, 1943.

E. L. Compere, W. J. Schunte et L. M. Cantell (Philadelphie). *Annals of Surgery*, t. 122, déc. 1945, p. 454.

J. Leveuf et G. Laurence. Séance de l'Acad. de chirurgie, 20 février 1946. *Mémoires*, t. 72, n° 6. pp. 92-98. *Discussion :* MM. J. Quénu, J. de Fourmestraux, M. Fredet, A. Bancaud (Chartres), M. Boppe, P. Goinard, Brincat, Stilhart (Alger).

B. H. Shulman. J. A. M. A., 30 mars 1946, pp. 854-855.

W. A. Altmeier. *Surg. Gym and Obst*, août 1945, vol. 81, *idem. Ohio state Med. J.* (Columbus), t. 42, mai 1946, pp. 457-560.

L. Tavernier et Lanier. *Lyon chir.*, t. 41, n° 4, juillet-août 1946, pp. 430-438, 6 fig.

L. Tavernier. Soc. chir. Lyon. Séance du 14 fév. 1946. *Idem.* pp. 476-479, 1 fig.

E. Sorrel, Mme et Mlle Sorrel-Déjérine. Réunion de la Société internationale d'orthopédie et de traumatologie. Bruxelles, 2-4 octobre 1946.

Bodard et Midon. Soc Méd. de Nancy, 13 nov. 1946.

Hans, Tonnesen et Borge Faber. *Acta chirurgica Scandinavica*, vol. XCV, f. 1, 20 janvier 1947, pp. 96-100, 7 fig.

B. Muller, F. Giroux et Ch. Bonnet. *Rev. méd. de France*, n° 1, janvier-février 1947, pp. 49-60.

Etienne, Lescure, Brunel et Bringer. *Montpellier Médical*, janvier-février 1947, p. 1-4.

Indications de la cure d'Aix-les-Bains-Marlioz dans les affections des voies respiratoires

Par Jean-Paul Huber (d'Aix-les-Bains)

Par la qualité des eaux thermales, par la modernisation de son appareil technique, Marlioz-Aix-les-Bains s'inscrit au premier plan des stations sulfureuses dans le traitement des affections des voies respiratoires supérieures. Il existe là, dans le cadre magnifique d'Aix-les-Bains, des possibilités thérapeutiques étendues et trop souvent méconnues.

L'établissement thermal de Marlioz, situé au voisinage immédiat d'Aix-les-Bains, dispose d'une eau médicalement utilisée depuis plus d'un siècle.

Quotidiennement, plus de 50.000 litres d'eau sulfurée sodique froide, à haute teneur en sulfure de sodium (0,2631), légèrement iodurée et chargée de magnésium, permettent très facilement de nombreuses applications thérapeutiques.

Par sa richesse en sulfure de sodium, cette station se place parmi les premières de France.

Toutes les techniques thermales ayant trait aux maladies de l'appareil respiratoire et de ses annexes y sont en usage ; certaines sont assez spéciales à Marlioz.

C'est le cas notamment de l'inhalation froide par très fine pulvérisation, méthode qui a l'avantage de ne nécessiter aucune tenue spéciale et de ne pas exposer au refroidissement à la sortie.

Pulvérisation froide d'eau thermale pure, ou chaude à la vapeur, sont pratiquées suivant les méthodes usuelles, par voie orale ou nasale. La variation de pression permet d'obtenir des effets mécaniques.

Douches nasales ou rétro-nasales, gargarismes, boissons, sont couramment utilisés.

Dès cette année de substantielles améliorations sont apportées, enrichissant largement la gamme des moyens thérapeutiques : nébulisation et générateurs d'aérosols qui pourront être utilisés seuls ou associés à divers agents médicamenteux.

La température constante de 15° des eaux, leur richesse en soufre conditionnent les indications thérapeutiques de Marlioz.

Pour toute station thermale la juste voie est, croyons-nous, de tendre à une précision de plus en plus grande dans ses indications et dans la prescription de la cure. C'est ce que nous voudrions ici, tenter de dégager pour Marlioz.

Riche en soufre, faiblement iodurée, l'eau de Marlioz s'oppose électivement à l'atrophie et à l'atonie de la muqueuse, que celles-ci soient le fait d'infection, de suppuration ancienne, de vieillissement tissulaire, de sclérose.

On connaît en effet l'action, soulignée par M. le Professeur Loeper, du soufre sur la cellule conjonctive, qu'elle soit le soutien de la muqueuse, de l'articulation ou de la paroi artérielle.

Classique aussi depuis Lermoyez est son effet antiseptique sur la muqueuse rhino-bronchique.

Outre l'action circulatoire de l'eau, on peut obtenir des effets directs sur la muqueuse elle-même, mécaniques en variant la pression, ou en profondeur par les différents moyens techniques judicieusement utilisés : inhalation, pulvérisation, nébulisation, aérosols.

Rappelons enfin l'action non négligeable du soufre sur la nutrition.

Indications : Ces constatations expliquent bien l'action de l'eau dans certaines affections.

Rhinite atrophique ou ozène : on utilisera ici les effets les plus divers de la cure : antiseptique, excitant, circulatoire, trophique et mécanique. Pulvérisations froides, douches rétro-nasales seront particulièrement indiquées, soit isolément, soit comme complément au traitement chirurgical.

Rhinite et ethmoïdite chroniques : affections fréquentes soit chez d'anciens infectés soit chez des fumeurs, des pléthoriques, des artério-scléreux. Beaucoup de malades tousseurs, raclant leur cavum de façon continuelle, sont très heureusement influencés par la cure.

Souvent atteints de bronchite, d'emphysème, de sclérose pulmonaire, ils bénéficient également à ce titre des inhalations, pulvérisations nasales et pharyngées, aérosols.

— *Catarrhe tubo-tympanique, sclérose de l'oreille moyenne :* chez l'enfant, la cure agit surtout par ses effets antiseptiques ; chez l'adulte ou l'homme âgé, surtout par son rôle trophique sur les tissus et les articulations. Il y a là une question d'adaptation de la cure à chaque malade.

Dans la sclérose de l'oreille moyenne, nous nous trouvons bien de combiner à la cure des insufflations tubaires, des instillations soufrées, des cautérisations prudentes des orifices tubaires : nous obtenons ainsi parfois des améliorations substantielles que, pas plus que les malades, nous n'osions espérer et qu'objectivent des gains importants dans la gamme des fréquences et surtout la perception aisée de la voie parlée.

— *Laryngites d'origine rhino-pharyngée ou par fatigue vocale :* où la nébulisation va heureusement s'ajouter aux techniques jusque-là utilisées.

Bronchite chronique, dilatation des bronches, emphysème, sclérose pulmonaire, suppurations pulmonaires chroniques constituent des indications majeures et les plus anciennes de Marlioz, qui, avec l'installation de générateurs d'aérosols doit reprendre ici la place privilégiée que lui assurent le rôle trophique et antiseptique de ses eaux auxquelles il sera possible d'adjoindre divers agents médicamenteux transformés en aérosols, broncho-dilatateurs notamment.

— *Asthme* enfin où, sans trouver une de ses indications majeures, la cure se montre souvent efficace.

Contre-indications : Ce sont les contre-indications habituelles du thermalisme : affections aiguës, cancer, tuberculose, encore que, pour cette dernière affection, la cure ait pu être jadis proposée dans certaines formes.

Il nous semble plus intéressant d'insister sur les contre-indications oto-rhino-laryngologiques ou broncho-pulmonaires :

— *Les congestifs :* Les formes hémoptoïques des scléroses ou des suppurations pulmonaires, les malades à fréquentes poussées aiguës congestives.

— *Le affections subaiguës ou évoluant par poussées aiguës :* comme on les rencontre souvent chez l'enfant ou chez l'adulte jeune, encore que, prudemment conduite, la cure puisse donner ici de bons résultats.

— *Les éréthiques :* nous pensons ici à ces sujets aux muqueuses rhino-pharyngées pâles, un peu vernissées, à trame vasculaire très visible et très volumineuse, réagissant violemment aux thérapeutiques les plus anodines : malades non classés mais fréquents dans notre spécialité.

La cure n'est qu'un exutoire après une série d'échecs auxquels son résultat habituel est d'en ajouter un nouveau. Nous croyons pour notre part qu'une thérapeutique endocrinienne ou ayant une action vago-sympathique doit être préférée chez de tels sujets.

Les eaux thermales d'Aix-les-Bains, si célèbres en rhumatologie, sont également intéressantes dans notre spécialité. L'Etablissement thermal d'Aix comporte d'ailleurs des installations très perfectionnées à ce point de vue.

Les eaux d'Aix, sulfurées calciques à faible degré sulphydrométrique, émises à grand débit par les sources dites d'Alun et de soufre, sont peu soufrées, chaudes (45° à 46°), leur radioactivité considérable, déterminées par les travaux de Laborde, Bertier, et Castagné vient d'être confirmée par de récentes analyses de M. Geslin, du Collège de France.

Il trouve, pour la source qui nous intéresse, une radio-activité de 6,1 à 6,3 millimicrocuries au greffon, 5,3 à l'utilisation mais surtout, et c'est un fait qui ne sera pas sans conséquence à l'avenir, 39 millimicrocuries comme radioactivité *gazeuse* au greffon.

Ces caractéristiques donnent à l'eau d'Aix la plus forte radioactivité horaire de toutes les eaux thermales françaises.

Très bien tolérée localement, vivante physiquement par sa radioactivité, bactériologiquement par la présence de barégine (substance organique formée par les corps cellulaires de certaines algues et qu'on trouve de façon spontanée et permanente) l'eau d'Aix est utilisée dans le nouvel Etablissement thermal en pulvérisation, en nébulisation, en douche nasale ou rétro-nasale, en inhalation. Une des techniques les plus célèbres d'Aix, et les plus appréciées en rhumatologie, le Berthollet (sorte d'étuve locale fonctionnant d'après le système de la trompe à eau) qui utilise

au mieux les gaz rares et la radioactivité des deux grandes sources peut être utilisée en humage.

Dans l'action physiologique des eaux d'Aix, nous devons surtout retenir :

— Son rôle décongestif et la facilité de son emploi à sa température normale (46°) ou refroidie.

— Sa radioactivité intense.

— Son action sur les organes éliminatoires, bien mise en évidence par Françon pour l'acide urique, Forestier pour les substances telles que mercure ou bismuth introduites dans l'organisme à titre thérapeutique.

— Son action sur le foie.

— Sur les glandes endocrines : thyroïde et ovaire, comme y ont insisté F. Françon et J. Forestier : il n'est pas besoin d'insister sur la place de plus en plus grande prise en O.R.L. par les facteurs nerveux et endocriniens pour souligner, là encore, des actions physiologiques pour nous pleines d'intérêt.

Rappelons l'utilité de la cure rhino-pharyngée au cours de nombreuses formes de rhumatismes :

— soit que là se trouve le siège de l'infection focale ou tout au moins d'une infection concomitante que le fracas des manifestations articulaires ne doit pas faire négliger.

— soit que, dans le rhumatisme dégénératif, ces mêmes organes participent à un trophisme déficient dont, là encore, les atteintes articulaires constituent les manifestations les plus spectaculaires.

— Dans la goutte, les manifestations pharyngées sont également justiciables d'un traitement local.

— Les névrites, les névralgies, si fréquentes pour nous, et c'est là sans doute un point de contact direct avec les rhumatologues, relèvent de la cure d'Aix.

— L'asthme, le rhume des foins sont bien souvent influencés de façon favorable par la cure.

L'ensemble Aix-Marlioz dispose donc, par les caractères différents et si intéressants de ses diverses sources, par la modernisation continue de son équipement technique, de très riches possibilités non seulement dans le domaine de l'oto-rhino-laryngologie, mais également des maladies de l'appareil respiratoire.

Enfin le climat doux, intermédiaire à celui de plaine et celui de montagne, l'agrément et la beauté du site, les possibilités touristiques et spirituelles qui donnent à Aix-les-Bains sa réputation mondiale apportent à la cure un attrait supplémentaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 5 mai 1947

Le latex d' « Hevea Brasiliensis » en tant qu'adjuvant de divers vaccins. — M. H. Jacotet, directeur de l'Institut Pasteur de Nhatrang (Indochine), montre dans cette note transmise par M. G. Ramon que l'addition de latex d' « Hevea brasiliensis » à certains vaccins morts ou constitués par des émulsions organiques formolées et par là-même avirulentes (vaccins contre la rage, contre la peste porcine, contre la pasteurellose bovo-bubaline, contre le charbon symptomatique) permet de renforcer leur pouvoir immunisant dans une mesure appréciable. On peut dire sous une forme expressive sinon rigoureusement exacte que, la technique étant mise au point dans chaque cas envisagé, les préparations qui contiennent du latex sont trois ou quatre fois plus efficaces que les préparations qui n'en renferment pas.

De l'influence sur la toxine pesteuse des filtrats de culture de « B. subtilis », de « Penicillium notatum », d' « Actinomyces griseus ». — MM. G. Ramon, G. Girard et R. Richou. — Il ressort des résultats exposés que les filtrats de culture de *Penicillium notatum* et d'*Actinomyces griseus*, utilisés dans les expériences rapportées n'ont pas été capables d'altérer sensiblement la toxicité pour la souris, de la toxine pesteuse. Seul un filtrat de *B subtilis* ayant un titre antibiotique élevé (450 unités par centimètre cube) a eu une action appréciable sur cette toxine. Une telle action bien que nette est relativement faible lorsqu'on la compare à l'effet destructeur vraiment considérable qu'exercent *in vitro* les mêmes filtrats sur les toxines staphylococcique, diphtérique, etc... Ainsi la toxine pesteuse, qui diffère des exotoxines véritables par divers caractères séroimmunologiques, s'en différencie encore par la façon de se comporter à l'égard des filtrats de culture des germes antagonistes tels que le *B. subtilis*, le *Penicillium notatum*, l'*Actinomyces griseus*.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Séance du 6 mai 1947

Nécrologie. — M. Rist, qui préside, fait part à l'Académie du décès de Sir Almroth Edward Wright, associé étranger.

Notice nécrologique sur M. Paul Simond, membre correspondant dans le secteur d'hygiène et d'épidémiologie. — M. Dujarric de la Rivière.

Rapports. — *Au nom de la Commission de la vaccine :* M. Bénard, — *Au nom de la Commission des vitamines :* Mme Randoin. — *Au nom de la Commission des Eaux minérales :* M. Fabre.

Elections. — MM. Boquet et Simonnet sont élus membres titulaires dans la section de Médecine Vétérinaire.

Preuves en faveur de l'effet stérilisant profond de l'association liposoluble d'ester méthylique de pénicilline et de bismuth dans la syphilis. — MM. Levaditi et Vaisman. — Le degré de virulence de la moelle sternale peut servir à déterminer si un traitement spécifique exerce une action stérilisante profonde. Chez deux malades porteurs de chancres syphilitiques avec séro-réactions négatives une première ponction sternale avant le traitement a montré l'infectiosité de la moelle sternale pour le lapin. Après une cure en trois séries par l'association liposoluble ester méthylique de pénicilline-bismuth une deuxième ponction sternale 139 et 140 jours après le début du traitement a montré la stérilité de la moelle osseuse. Un tel traitement a donc réalisé une stérilisation profonde de l'organisme.

Epreuve de la virulence de la moelle osseuse sternale des syphilitiques sur la souris. — M. Vaisman. — Aussi bien que le lapin la souris peut servir à démontrer la virulence de la moelle osseuse et sternale chez les syphilitiques. La moelle osseuse est inoculée par voie sous-cutanée. 150 à 200 jours plus tard on recherche les tréponèmes par imprégnation argentique dans les zones électives caractéristiques de l'infection cliniquement inapparente. On les retrouve de façon constante chez les souris inoculées avec la moelle osseuse sternale de syphilitiques non traités.

L'action du diaphragme. — MM. Rouvière et Œconomo. — Galien puis Duchenne de Boulogne ont considéré que le diaphragme agissait en élevant les dernières côtes et élargissant la base du diaphragme. Pour Arthus, il attire les côtes en dedans et comprime les viscères abdominaux qui, indirectement, tendent à élever les côtes.

Les expériences des auteurs sur l'animal leur ont montré que les deux mécanismes s'associent. *Discussion :* M. Laignel-Lavastine.

Données nouvelles relatives au mode d'action des sulfamidés. — M. Schoffer (de Berne). — Les sulfamidés inhibent la croissance d'une culture bactérienne en déterminant l'arrêt des divisions cellulaires. On admet que la sulfamide déplace de son support une vitamine, l'acide para-aminobenzoïque, de structure voisine. L'auteur montre que les acides nucléiques ou leurs constituants essentiels, les purines (adénine, guanine) peuvent également rendre réversible l'inhibition produite par les sulfamidés. Il est probable que l'acide para-aminobenzoïque intervient dans le métabolisme des purines.

Chirurgie conservatrice dans le traitement des annexites bilatérales. — M. Cotte (Lyon). — Dans le traitement des annexites bilatérales, l'hystérectomie totale et la subtotale n'ont

que des indications exceptionnelles. Dans quelques cas rares les annexes étant trop altérées pour être laissées en place ou fournir un greffon, la conservation de l'utérus seul chez des femmes jeunes est encore préférable à la castration totale ; il peut rester en place quelques débris ovariens suffisant à expliquer la persistance des règles.

La conservation d'un ovaire *in situ* et de l'utérus est l'opération-type dans les annexites suppurées bilatérales, car elle conserve intégralement la menstruation.

Il est souvent possible actuellement de laisser l'ovaire en place au lieu de le greffer à distance avec un résultat souvent temporaire.

Vacances de la Pentecôte. — La séance du mardi 27 mai n'aura pas lieu.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 7 mai 1947

A propos des algies des amputés. — M. Petit-Dutaillis estime que lorsque les algies sont apparues immédiatement d'après l'amputation il existe vraisemblablement une participation radiculaire. Le traitement doit être éclectique mais en dernier ressort M. Petit-Dutaillis reste partisan de la cordotomie ; il l'a pratiquée trois fois avec bon résultat sans troubles sphinctériens consécutifs.

Choc traumatique et cholinestérase. — MM. Laborit et Morand. — M. Jean Gosset fait un rapport sur ce travail qui s'attache à montrer le rôle de la cholinestérase dont la diminution dans le sang jouerait dans la pathogénie du shock. Les travaux américains ont tenté avec succès certains chocs par des injections de cholestérase.

Exposé des travaux. — M. Guillaume s'est attaché plus particulièrement au traitement des tumeurs de la fosse postérieure, de l'hydrocéphalie aiguë du nourrisson, l'exérèse des hématomes spontanés intracérébraux, etc...

A propos de quelques cas de cancer du poumon. — M. Curtillet sur 22 cas diagnostiqués a fait 14 thoracotomies, 9 exérèses chirurgicales avec 3 morts post-opératoires, 3 décès plus tardivement. 3 malades sont encore en vie dont un depuis vingt mois. M. Curtillet insiste sur la symptomatologie particulièrement trompeuse des cancers bronchiques qui retarde singulièrement l'heure du diagnostic exact. M. Curtillet discute successivement la valeur respective de la tomographie, du lipiodol et de l'exploration endobronchique. L'intervention chirurgicale doit être précédée d'un traitement pénicilliné.

M. R. Monod estime que les cancers sont toujours d'origine bronchique et que c'est à l'étape bronchique de leur évolution qu'on doit les opérer.

Le redressement des ankyloses osseuses vicieuses des spondylarthries par l'ostéotomie vertébrale. — M. Herbert. — M. P. Mathieu précise les conditions anatomiques devant lesquelles on se trouve ; l'ankylose osseuse prédomine sur les arcs postérieurs, mais avant la soudure osseuse des corps vertébraux n'est pas constante. Deux observations : dans la première on s'est contenté d'ostéotomie de l'arc postérieur ; dans la deuxième, il a été nécessaire d'intervenir en avant sur le disque intervertébral. Des greffons ont été placés dans l'hiatus des corps vertébraux.

M. Mathieu montre que de telles opérations apparaissent comme justifiées à condition que l'on perfectionne la technique opératoire.

M. Tailhefer est élu membre associé parisien de l'Académie de chirurgie.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 avril 1947

Indications respectives de la pénicillothérapie au cours de l'amibiase intestinale et de ses manifestations hépatiques. — MM. Blanc et Siguier qui ont introduit en France le traitement d'assaut mixte des amibiases par l'association pénicilline-émétine-sulfaguanidine précisent que l'emploi des antibiotiques ne vise que l'infection associée. Par contre la localisation hépatique représente la manifestation la plus pure de l'amibiase et l'infection associée n'y joue qu'un rôle accessoire, c'est la raison sans doute pour laquelle la pénicilline échoue souvent dans le traitement de l'amibiase hépatique.

Les indications majeures de la pénicilline dans l'amibiase hépatique restent les abcès amibiens secondairement infectés, chaque fois que se pose une indication opératoire ou même la question d'une simple ponction.

Anomalie de position de l'intestin simulant un processus pathologique de la base du poumon. — MM. R. Benda et F. Franchet.

Néphrite aiguë œdémateuse traitée par la pénicilline. — Hypertension concomitante du retour de la diurèse. — MM. Dérot et Tanret.

Polyarthrite chronique ankylosante. Parathyroïdectomie. Leucémie aiguë terminale. — MM. Binet, Tanret et Castaigne. — Une femme atteinte de polyarthrite chronique ankylosante, rebelle à toute thérapeutique, présentait un masque sclérodermique et une calcémie toujours élevée, le tout accompagné d'un état général très grave. On pratiqua une parathyroïdectomie partielle suivie rapidement d'une grosse amélioration des troubles articulaires. Une hémorragie cérébro-méningée survint. On constata les signes hématologiques d'une leucémie aiguë monoblastique qui entraîna rapidement la mort.

Les auteurs discutent l'origine gonococcique possible de cette polyarthrite : la participation endocrinienne que laissait supposer la sclérodermie ; enfin l'influence éventuelle du traitement sur l'apparition de la leucémie aiguë. Il y aurait lieu d'étudier les anomalies du Ca et du pH au cours de la leucémie aiguë.

Prolongation de l'effet de l'extrait post-hypophysaire dans le diabète insipide grâce à l'association insuline-subtosan. — MM. Claisse et Choay.

Hépatonéphrite hémolytique après intoxication par le chlorate de soude. Traitement par l'hémodialyse. — MM. Dérot, Tanret, Raymond et Palfer présentent un cas d'intoxication aiguë par ingestion accidentelle de 30 g. de chlorate de soude.

Le tableau clinique a été celui d'une hépatonéphrite hémolytique aiguë mortelle en une douzaine de jours.

L'autopsie a montré d'importantes lésions hépatiques, de dégénérescence centrolobulaire et des lésions rénales de néphrite parenchymateuse à congestion intense et infarctus. Au cours de cette évolution, les auteurs ont essayé différentes thérapeutiques, notamment décapsulation, hémodialyse, saignées suivies de transfusions. L'hémodialyse, dont un procédé nouveau a été expérimenté, a donné une amélioration temporaire, et il est vraisemblable que ce procédé thérapeutique, lorsqu'il aura été mis au point, sera d'une grande utilité dans le traitement de certaines néphrites aiguës.

L'intoxication par le chlorate de soude. Essais de synthèse anatomo-clinique. — MM. Dérot, Dérobert et Palfer ont étudié 4 cas d'intoxication par le chlorate de soude. Ils comparent l'évolution de ces différentes observations et les résultats des examens anatomo-pathologiques.

L'intoxication par chlorate de soude a, au cours de ces observations, donné lieu, dans un cas, à une évolution suraiguë mortelle en quelques heures, dans les 3 autres cas à une hépatonéphrite hémolytique constamment mortelle. Les auteurs n'ont pas observé les formes curables dont il est fait mention dans la littérature.

Du point de vue physio-pathologique, l'intoxication par chlorate de soude ne paraît pas accompagnée de méthémoglobinémie.

Du point de vue anatomique, les lésions hépatiques sont extrêmement importantes et prédominent sur le centre du lobule, les lésions rénales sont à la fois parenchymateuses et congestives et peuvent aller jusqu'à l'infarctus. Dans les cas où la décapsulation avait été faite, le rein décapsulé paraissait plus malade que le rein non opéré.

Les auteurs proposent enfin une nouvelle réaction de caractérisation chimique des chlorates dans l'urine.

ACTUALITÉS

La Sécurité Sociale et la Thérapeutique limitée L'intervention du Dr Bernard Lafay au Conseil de la République

La question de la limitation des médicaments autorisés pour les vingt millions de Français qui constituent les bénéficiaires de la Sécurité sociale est trop grave pour que nous n'y revenions pas.

Il y a quelques jours, nous avons analysé longuement le remarquable exposé de la question dû au Dr Lambling (1). Aujourd'hui nous avons sous les yeux le rapport très documenté fait au Conseil de la République par le Dr Bernard Lafay.

Au nom de la Commission de la Famille, de la Population et de la Santé dont il est vice-président, notre confrère a présenté une proposition de résolution tendant à inviter le Gouvernement à prendre des mesures d'urgence, nécessaires pour assurer à tous les Français couverts par une législation sociale, le droit de bénéficier des médicaments agréés les mieux adaptés à leur état.

C'est en se fondant sur le texte de l'ordonnance du 13 octobre 1945, qui prévoit que seuls pourront être fournis ou remboursés par une collectivité, les médicaments spécialisés inscrits sur une liste établie par le ministre de la Santé Publique, disposition qui est reprise par l'ordonnance du 19 octobre 1945 (article 15) sur la Sécurité sociale que le Dr Lafay a mis l'accent sur le danger qui menace l'ensemble des bénéficiaires de la Sécurité sociale.

Les assurés sociaux en effet, vont se trouver peu ou prou réduits au régime de l'assistance médicale gratuite ou des pensions militaires dans lequel le nombre des médicaments est excessivement restreint.

(1) La Sécurité sociale et l'avenir de la thérapeutique, *Gaz. Hôp.*, 3 mai 1947, p. 268. — *Cf.* A. Lambling, *Le Concours Médical*, 26 avril 1947, p. 755.

Bien plus, cette limitation porte atteinte à la « Charte Thérapeutique », un des dogmes essentiels de la médecine. Les médecins sont unanimes pour déclarer que tous les médicaments existants doivent être prescrits librement à tous les malades, quelle que soit leur situation de fortune ou leur catégorie sociale.

Or, la disposition de l'ordonnance incite le médecin à prescrire au mieux parmi les médicaments autorisés, celui qui se rapproche le plus du cas du malade (ce dernier est remboursé, mais mal soigné) ou bien le médicament nécessaire, mais que le client doit payer sans espoir de remboursement.

Autrement dit, à une « médecine de pauvres » s'oppose une « médecine de riches » et le résultat est qu'on va à l'encontre de l'égalité sociale que l'on se propose pour but.

C'est le souci d'une meilleure protection de la Santé publique, la préoccupation d'assurer à tous les Français, notamment aux assurés sociaux et aux assistés, des soins médicaux de qualités qui ont inspiré et motivé cette proposition de résolution.

Voici le texte de la résolution :

« Le Conseil de la République invite le Gouvernement à prendre les mesures d'urgence nécessaires pour assurer à tous les Français couverts par une législation sociale le droit de bénéficier de tous les médicaments *pourvus du visa* délivré par le ministre de la Santé publique et à demander au Parlement l'abrogation de l'Ordonnance n° 45-2340 du 13 octobre 1945 portant établissement d'une liste de spécialités pharmaceutiques agréés à l'usage des collectivités et de divers services publics. »

Malgré l'intervention de M. Marrane, ministre de la Santé publique, la proposition de résolution du Dr Bernard Lafay a été adoptée par le Conseil de la République au cours de sa séance publique du mardi 29 avril par 208 voix contre 86 (communistes).

Le succès remporté par le Dr Lafay au Conseil de la République a été une première victoire contre ceux qui veulent faire disparaître « la liberté thérapeutique », l'un des principes fondamentaux de la « Charte Médicale ».

VARIÉTES

Médecine de l'Inde

Une dizaine de petits livres brochés que j'ai sur ma table m'ont permis la conquête de l'Inde médicale et même de l'Inde tout court, l'Inde millénaire et vivante, mère probable des symboles du monde. Le professeur Laignel-Lavastine soit loué, qui m'a transmis ces volumes édités à Pondichéry (1) et signés du Dr Paramananda Maraidassou : j'ai pris le Kayacarpam (tel est le titre d'un des livres) qui est le suc et la science de longévité, et je me suis imprégné de l'Ayulvédic qui est le compendium médical dont l'origine se perd à l'aurore des temps, avec le culte de Dionysos et du *Soma*, premier breuvage aux sacrifices de Véda et au cœur des humains.

« Chaque produit de la terre a son secret », me dit la maxime de l'Ayulvedic au seuil du livre sur l'hygiène, dédié au médecin-inspecteur général Lasnet, tandis que de la première page me considère Mahatma Ghandi en costume national, appuyé sur un bambou. La médecine et la tradition hindoue n'ont pas manqué de demander leur secret à toutes les plantes, à beaucoup d'animaux et à beaucoup de pierres. Mais notons d'abord quelques traits sur le vêtement. La meilleure chaussure propre aux *yoguis*, c'est-à-dire aux ascètes, comme aux fakirs, est celle qui a des semelles de bois et cette mode n'est-elle pas tout à fait consolante pour nous, fiers civilisés d'Occident ? La femme hindoue est toute grâce, car elle porte le pagne d'une seule pièce qui serpente de la ceinture à la cheville pour remonter en torsade à l'épaule droite ou gauche selon la caste, et redescendre encore à la ceinture. Du reste, elle vous est apparue déjà avant de se montrer car elle s'annonce aux bagues sonores qui tintent à ses orteils et qui d'abord effarouchent les reptiles. Surtout vous serez frappé d'étonnement s'il s'agit d'une femme mariée, car vous apercevrez au milieu de son front, le *Pothou*, ce point rouge en *curcuma longa*, ce safran des Indes qui est aromatique et excitant, le *Pothou* qui n'est que le symbole du troisième œil, de l'œil de la sagesse au front de Vichnou.

Sans doute avez-vous souvent pensé avec Joseph de Maistre que le régime carné est une erreur et peut-être le fléau fatidique de notre civilisation. Vous retrouvez cette idée vieille comme le monde au pays des brahmes. Pour moi, je n'ignore pas les vertus des simples et j'étais curieux des exégèses et des renaissances qui, par la plume du docteur H. Leclerc, les rappelaient à la médecine d'Occident, mais, maintenant, ils m'apparaissent bien au delà des homéopathies, avec la puissance des impondérables décisifs de l'univers. Je sais les ressources de la sensitive et du nelumbo, mais pour la sensitive, je me garderai en approchant l'arbuste de projeter sur lui l'ombre de mon corps, et ce n'est plus seulement en rêveur que j'aimerai le nard, cet héliotrope d'hiver, dit vulgairement pas-d'âne et que j'ai vu cet automne braver les premières neiges de ses fleurs rougeâtres à l'odeur suave. Si je suis pris d'une talalgie, ne serai-je pas moins vunérable qu'Achille, puisque je retrouverai mes pieds légers en posant le talon sur une brique chaude couverte des feuilles de l'herbe-à-l'hirondelle ! Et c'est le polygala, dont le nom signifie en tamoul aussi bien petite plante sifflante que petite femme : les pandits, après avoir purifié leur âme par une invocation à l'Etre suprême, peuvent en obtenir la solidification du mercure et, plus communément, ils le broyent avec la racine de salsepareille et s'en servent contre les morsures de serpents.

Surtout il est une humble plante semblable au thym et au serpolet qui s'appelle le basilic et qui a dans l'Inde des variétés innombrables. Chez nous, l'*oxymum basilicum* est cultivé dans les jardins et on trouve aussi à l'état sauvage une labiée, le basilic sauvage, dit encore Pied-de-lit qui est le calament clinopode. Là-bas, il y a le basilic canin recherché par le chien malade, mais, avant tout, il y a le *basilic sacré* né des cendres de l'amante de Vichnou et qui ressuscita le dieu lui-même : fleur du foyer qui sur une colonnette parfume et veille la maison de l'Hindou, le basilic guérit mille maux ; toutes ses parties ont quelque vertu, la racine contre les fièvres, la typhoïde ; les feuilles fraîches écrasées contre les bronchites et les coryzas, contre les vers et les venins. Les Pandits n'emploient que le jus des feuilles de basilic pour leurs préparations arsenicales. Pour les feuilles mangées fraîches, elles combattent toutes les maladies chroniques et

(1) Médecine traditionnelle de l'Inde : Hygiène. Médecine populaire, us et coutumes de l'Inde. Kayacarpam. Astrologie médicale, etc..., par le Dr Paramananda Maraidassou, Imprimerie Sainte-Anne, Pondichéry.

elles constituent une véritable cure de Kayacarpam, de rajeunissement.

Du reste, le Dr Maraidassou qui a mis en distiques français la sagesse médicale de l'Inde, nous donne un précepte qui a devancé de loin le néologisme vitamine.

A chaque repas l'herbe verte
Rendra le corps alerte.

Mais élevons-nous maintenant jusqu'à la feuille du bananier. Apéritive et tonique, elle sert aussi d'assiette et sa pureté n'a d'égale que celle des plats d'or et d'argent. Et apprenez en passant à rejeter, bien qu'on l'appelle vulgairement *plateau*, cette feuille qui flotte, large sur les eaux, car c'est la feuille néfaste du nénuphar. Pour en revenir au bananier, il y en a douze espèces : quand l'arbre se pare de la *feuille vitreuse*, c'est qu'il est fécondé, et alors apparaît l'unique fleur de son existence et qui doit lui coûter la vie. Cette fleur est employée comme antidiabétique.

Plus étonnante est la fleur du cocotier ; elle est exploitée par des hommes nommés *souraires* qui forment une caste spéciale; le *souraire*, muni d'étriers, grimpe au tronc lisse plus vite qu'une mangouste, il incise la *spathe* de la fleur avant qu'elle ne soit éclose et il attache un petit pot qui recueillera la sève, le *calhou*, tonique précieux, aphrodisiaque non moins sûr et remède aux entérites. On l'additionne souvent de coriandre, de canelle, de fenouil. Mêlé de chaux, il fournit la liqueur appelée *jagre ;* toutefois ce *jagre* ne vaut pas celui du palmier obtenu de la même façon, qui est antibilieux et d'où l'on tire le sucre candi de palme à l'arome remarquable. Et voici un détail couleur locale : savez-vous pourquoi ce *souraire* est passé chez le coiffeur avant d'escalader son cocotier ? Il a recueilli une poignée de cheveux, les a hachés en duvet impalpable dont il a semé quelques pots à *calhou*, et demain le maraudeur se tordra dans une colique qui le fera fuir pour toujours l'arbre de panclystère.

Et puis parlons du bétel, l'arbrisseau dont la feuille amère et chaude roulée en chique trompe la faim de l'Hindou, le bétel dont l'échange vaut un contrat et qui fait partie de ces huit joies permises par les livres Sastras avec, entre autres, les parfums, la musique et le lit de fleurs. Le bétel est béchique, galactogène, uroclasique, adjuvant indispensable du riz, surtout du riz avarié dont il neutralise la toxine et il combat le béri-béri. La vraie formule de la chique de bétel est celle qui le mêle à la noix d'arec et à la chaux. Il paraît que l'amalgame avec le tabac en fait une chique de grand choix. Et notons à ce propos que la médecine hindoue reconnaît au tabac des propriétés antisyphilitiques.

Maintenant, je vous apprendrai que le régime végétarien a ses exceptions : si vous voulez rajeunir selon la méthode du Kayacarpam, dont les rites se mêlent de retraite et de silence, de jeûnes et de breuvages ou préparations, les unes simples comme les œufs de paon au nitrate de potasse, purifiés dans le sable, les autres, aux cinquante feuilles de simples, aussi compliqués que la thériaque, pour rattraper, dis-je, le gaspillage de vingt de vos années, il vous faudra mettre en votre basse-cour pour le printemps sept coqs noirs d'Esculape à qui vous ferez prendre des pilules de mercure et des bézoards pour faire enfin sauter le dernier, nourri de la chair des autres, dans une casserole de mirobolan. Entre autres gibiers, les oiseaux de nuit, ces chasseurs qui mènent à la lune les roues de leurs yeux, ne sont pas à dédaigner. Manger un grand-duc donnera une énergie indomptable. Pour le reste, la disette de l'Occident commande le voyage au pays de la Malabaraise et de Mysor :

Vous mangerez le paon
Non par aphrodisie,
Mais par occasion
Et comme une ambroisie,
Ainsi que l'alcyon.

Voici encore d'autres remèdes : le chemosis des yeux du cerf est antivenimeux et ses glandes séminales sont, comme on pouvait s'y attendre, des plus aphrodisiaques. Et pour vous convaincre que notre thérapeutique des venins n'a rien inventé, voici le scorpion dont la piqûre sera bienfaisante à condition de porter en dehors des paquets vasculo-nerveux.

Quant à la sémiologie, elle fait grand état des urines et des aspects, forces browniennes ou moléculaires comme vous voulez, de la goutte d'huile de sésame que l'on y jette. Surtout, le médecin de l'Inde sait capter les mille subtilités du pouls. C'est par exemple en le prenant à trois hauteurs différentes avec les trois premiers doigts qu'il reconnaît la grossesse et ses complications.

Ai-je dit quelques grandes données d'hygiène notées par le Dr Maraidassou ? D'abord, j'aime la sagesse hindoue qui recommande le salut sans contact mais en joignant les mains en forme de bouton de lotus, le lotus, fleur chère aux dieux ! L'eau reste le premier des dons intus et extra. Dans ce pays tropical, où la cuve de l'océan Indien, les degrés célestes de l'Himalaya et la mousson, font tomber jusqu'à douze mètres d'eau par année, l'eau est l'épouse du soleil. « Eaux, donnez-nous la santé afin que nous sachions la joie... », s'écrient les jeunes hommes penchés aux rives du Gange et du Brahmapoutre. Aussi, chaque rituel matin, le *Brahme*, le deux fois né, portera l'eau à ses lèvres dans la coupe des mains et puis il se plaira à l'éparpiller au bout des doigts vers le soleil. Pour l'habitation, je tire un précepte qui me paraît recommandable au fisc d'Occident : tant que l'Inde et Pondichéry (*pandichéry*, la ville des pandits) était gouvernée par les radjahs, fidèles observateurs des rites védiques, les maisons tournées vers le Sud payaient seules l'impôt entier ; il était de moitié pour celles exposées à l'Orient, d'un quart pour celles de l'Occident et réduit à zéro pour les infortunés du septentrion.

Tels étaient déjà le prix et la dette du soleil ! Et voici justement que notre ami de Pondichéry, avec ses familiers les pandits, vrais initiés et initiateurs de l'Inde nous emportent dans la panthéique nature et sous le Nombre des Astres, dans ce *Sadidham* qui est l'univers astral.

« *Aurait-il imprimé sur le front des étoiles*
Ce que la nuit des temps enferme dans ses voiles? »

demandent les deux grands vers épiques de l'incrédule Fabuliste.

Et toute la tradition de l'Inde, toute la médecine des végas et de l'Ayulvédic de répondre oui, tout comme le Virgile des Géorgiques :

Sol tibi signa dabit. Solem quis dicere falsum
Audeat!
Le soleil t'avertit; de noircir d'imposture,
Qui l'oserait, Soleil, œil d'or de la Nature?

Et pour nous tirer l'horoscope au delà des captieuses diagnoses, le Dr Maraidassou et les pandits, de nous dresser l'échelle de Jacob qui mène aux douze maisons du zodiaque. C'est dans chacune de ces demeures que le soleil, tour à tour, reçoit et médite les rayons des autres étoiles pour les incliner vers les agrégats humains. La clef de voûte de chaque existence s'insère dans une haute maison du zodiaque, et deux manuels précis des cosmogonies et de l'homme vous permettront, par un calcul précis de trouver le *raci* de chacun.

Et puis, pour redescendre à peine du ciel en la terre, vous ne douterez pas que votre planète ne puisse vous offrir des talismans *raci-planétaires*. Vous ne serez pas satisfait d'avoir bu le philtre en suc laiteux de l'herbe-à-l'hirondelle où macère une perle de corail, vous ceindrez vos reins, contre les terreurs nocturnes, don funeste de la planète Saturne, avec le corail rouge aimé du soleil et qui conjure les effets de la planète amphigame aux rayons bleus.

Mais, que d'autres précieux secrets pour les pierres ! Voici le rubis *padmarâgam*, c'est-à-dire fleur de lotus par sa nuance ; il vous faudrait choisir entre lui (en réalité c'est le rubis balai), et le rubis *sarpamanhi*, c'est-à-dire gemme de serpent, celui-ci bien plus cher à la planète Mars et qu'il faut, sans vaine montre, garder dans la bouche contre l'haleine mauvaise et la soif ! L'onyx vous protégera de la folie et le saphir monté en bague sera toujours antivenimeux, eutocyque, antiépileptique.

Enfin, il faut retenir l'étonnant concept d'anatomie cosmométaphysique des philosophes de l'Inde : les neuf planètes (la Terre comprise) du système solaire ne sont, après tout, que les symboles des neuf orifices de l'organisme humain, pertuis à toutes les injures du monde et sources de tous ses maux.

Il faut terminer sans avoir épuisé les manuels du professeur de Pondichéry. Mais imparfaite serait cette longue et courte analyse, si l'on ne signalait les synthèses que M. Maraidassou se plaît à faire, avec un beau génie de ses deux patries, entre la médecine de l'Inde et celle de chez nous. Champ immense de conjonctions et d'investigations ! Souhaitons seulement d'avoir parlé ici sans trahir ni la pensée, ni la médecine de l'Inde ni le confrère qui sait garder et rénover là-bas le souvenir et le prestige du nom français.

Paul BOULOGNE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Ordre National des Médecins
La V[e] session du Conseil National
(17-20 avril 1947)

Dans sa conférence de presse du 25 avril, le professeur Portes, président du Conseil National, a souligné l'importance de l'Assemblée plénière du Conseil à laquelle s'est juxtaposée l'Assemblée générale des présidents et des secrétaires généraux des Conseils départementaux.

La première Section du Conseil a consacré principalement son activité à la **rédaction de contrats-types**, schéma général des contrats individuels sur lesquels l'Ordre a un droit de contrôle. Les contrats-types en matière de cession de cabinet, en particulier, doivent faciliter l'installation des jeunes confrères. Un certain nombre de contrats-types est en cours d'étude.

Le « **Guide pratique à l'usage des jeunes médecins** », dont le Conseil avait confié la rédaction au Dr Robert (d'Issoudun), a reçu sa forme à peu près définitive et sera aussi d'un grand secours au début d'une carrière.

Le serment que prêteront les médecins en s'inscrivant aux tableaux départementaux a reçu, après longue discussion, la forme suivante :

« En présence du Conseil de l'Ordre départemental de...., je promets et je jure de conformer ma conduite professionnelle aux règles prescrites par le Code de Déontologie, et d'observer, en toutes circonstances, les principes traditionnels de correction et de droiture qui y sont contenus.

« A cette heure solennelle, je fais devant vous le serment d'avoir, à tout moment et en tout lieu, le souci constant de la dignité et de l'honneur du corps médical. »

L'Assemblée des présidents et des secrétaires généraux des Ordres départementaux a approuvé cette formule.

Le **carnet de toxiques**, rendu obligatoire par le décret du 28 août 1945, a reçu sa forme définitive ; sa distribution n'est plus maintenant qu'une question matérielle d'édition.

Le **carnet de certificats polyvalents**, dont la diffusion contribuera aux ressources de l'Entraide est en cours de réalisation.

Le Conseil a entendu les professeurs Loeper et Justin-Besançon et le professeur agrégé Varangot, venus l'entretenir de la **propriété scientifique en médecine**. Dans ce domaine tout est à faire, et même à essayer, en France tout au moins. Le professeur Vidal (de Montpellier), a été commis à l'étude de cette importante question.

Le président a insisté une fois de plus sur la situation du **Code de Déontologie** rédigé depuis près d'un an, soumis dès juillet 1946 au Conseil d'Etat et approuvé par lui depuis plus de neuf mois. L'examen de questions mineures est depuis cette époque le prétexte sans valeur d'une « mise au garage » dont la cause réelle est une inertie administrative à base de mauvaise volonté. A l'Assemblée des présidents et secrétaires généraux, le professeur Portes, en termes énergiques, a mis au pied du mur les représentants, présents à la séance, des ministères « compétents » et incriminés. Ceux-ci ne peuvent plus même feindre l'ignorance de l'état d'esprit des médecins de France quant à une telle manière d'agir, ou plutôt de ne pas agir.

Au nom de la 2e Section, le Dr Larget a exposé la **situation financière**, très saine, de l'Ordre. Dans les trois derniers mois, le Conseil national a distribué 1.712.000 francs de secours aux médecins âgés et aux veuves et 2.375.000 francs aux **orphelins de guerre**. Le souci majeur du Conseil est d'apporter à ces services toute l'aide possible et, par une sorte de tutelle, d'aider à l'éducation et à l'instruction des orphelins.

Le Conseil National a précisé son action touchant la **Retraite du médecin** et la position actuelle du ministère du Travail.

Celui-ci s'achemine vers la constitution d'une Commission où seront représentées les diverses professions libérales régies par un Ordre (200.000 participants environ) pour organiser une fédération de caisses autonomes assurant les retraites.

La 3e Section s'est occupée de la **qualification des spécialistes** sous la direction compétente du Dr Carlotti et s'est attachée à définir le médecin spécialiste, le médecin à compétence particulière et le médecin consultant.

L'équipement hospitalier du territoire a fait l'objet d'une remarquable étude du Dr Villey (de Caen). L'Ordre des Médecins a émis le vœu que le rééquipement assure à la fois le maximum d'efficacité et la qualité de la médecine au moyen de tout ce qu'un tel but implique d'installations matérielles et de recrutement et la formation d'un personnel qualifié.

La prochaine session du Conseil National se tiendra du 4 au 7 juillet.

Intersyndicat du Corps médical hospitalier des hôpitaux de Paris
(Assistance Publique)

Le 23 avril a été fixé le protocole de la nouvelle convention entre l'administration de l'Assistance Publique, à Paris, et les caisses de Sécurité Sociale. La convention a été signée paa M. Maurice Lévêque, directeur général de l'Assistance Publique, représentant l'administration de l'Assistance Publique, M. le Dr Robert Coliez, président de l'Intersyndicat du Corps médical hospitalier, représentant les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de l'Assistance Publique et M. Hénaff, président de la Caisse de Sécurité Sociale de la région parisienne représentant celle-ci.

Les principales dispositions de cet accord sont les suivantes en ce qui concerne les honoraires médicaux :

1. MALADES HOSPITALISÉS.

A. Service de médecine : Forfait journalier fixé à 35 % de la valeur donnée à la lettre clé C, fixée conformément à l'article 10 de l'ordonnance du 19 septembre 1945, y compris tous les actes de médecine, chirurgie ou de spécialités, sauf ceux d'électroradiologie, de stomatologie et de laboratoire effectués dans le service de médecine (soit à l'heure actuelle : 42 francs).

B. Service de chirurgie (neuro-chirurgie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie).

1° Une somme résultant du produit du coefficient de l'acte porté à la nomenclature des actes professionnels par 20 % de la valeur de la lettre clé K (article 10 précité). Ces honoraires s'appliquent à l'acte opératoire, ainsi qu'aux soins donnés pendant les vingt jours qui suivent l'intervention (soit K = 16 francs) ;

2° A partir du vingt et unième jour suivant l'opération, sauf en cas de dépassement non justifié : par jour 15 % de la valeur de la lettre clé C (article 10 précité) (soit actuellement : K = 18 francs) ;

3° Dans le cas où le malade traité n'a pas subi d'intervention : par jour 15 % de la valeur de la lettre clé C (article 10 précité) (soit : K = 18 francs).

C. Services de la maternité : En dehors des actes d'électro-radiologie et de laboratoire, tarif forfaitaire journalier égal à 50 % de la valeur de la lettre clé C (article 10 précité) (soit actuellement : 60 francs). Ce tarif comprend les actes prévus à l'article 33 de la nomenclature des actes professionnels. A ce tarif se substitue en cas de complication le tarif de médecine ou chirurgie suivant la nature de la complication.

D. Sanatoria : E. Chroniques. F. Convalescents : Pas d'honoraires.

G. Service d'électro-radiologie : Une somme résultant du produit du coefficient de l'acte effectué porté à la nomenclature des actes professionnels par 20 % de la valeur de la lettre clé K (article 10 précité) (soit K = 16 francs).

H. Actes de stomatologie : Une somme résultant du produit du coefficient de l'acte effectué à la nomenclature des actes professionnels par 20 % de la valeur de la lettre clé K (article 10 précité) (soit K = 16 francs).

I. Actes de laboratoire : Une somme égale à 20 % du tarif pharmaceutique national.

Les honoraires définis au paragraphe 1er sont remboursés par les Caisses suivant les pourcentages (80 % ou 100 %)

définis dans les cas prévus par l'article 5, paragraphe 1, pour les prix de journée.

Le malade admis en salle étant examiné dès son arrivée par un interne, puis par le chef de service, ce dernier devra s'attacher à réduire au minimum le délai entre l'admission et l'intervention ou le début du traitement. Particulièrement en ce qui concerne la chirurgie, le tableau opératoire devra, sans faire obstacle aux opérations d'urgence, être établi de manière à permettre l'intervention dans les 48 heures qui suivent l'admission du malade dans tous les cas où la décision a pu être prise avant cette admission. Tous les examens pré-opératoires devront, à cet effet, chaque fois que cela est possible, être pratiqués avant l'hospitalisation. La durée d'hospitalisation devra être réduite au temps strictement nécessaire pour le traitement du malade. Lorsque la guérison est constatée, le chef de service doit prononcer la sortie ou proposer le placement dans un service ou centre de convalescence.

Soins externes

Le tarif des soins externes est fixé ainsi qu'il suit ;

A, Application des dispositions de la Nomenclature générale des Actes professionnels et en donnant aux lettres clés les valeurs suivantes :

a) Consultations de la porte : 2/5 de la valeur de la lettre clé C fixée conformément à l'article 10 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 (soit 48 fr.).

b) Consultations des services : 2/3 de la valeur de la lettre clé C (article 10 précité) (soit actuellement 80 fr.).

c) P.C. de la porte : 40 % de la valeur de la lettre clé PC (article 10 précité) (soit actuellement 32 fr.).

d) P.C. des services : 2/3 de la valeur de la lettre clé PC (article 10 précité) (soit actuellement 54 fr.).

e) K : 32 fr.

B. Analyses : 40 % du tarif pharmaceutique national.

Certaines dispositions ont également été adoptées en ce qui concerne le contrôle des malades hospitalisés et des malades externes par les médecins-conseils de la Caisse. Les consultations externes seront également réorganisées.

Cet accord provisoire met fin à une très longue période d'attente au cours de laquelle de très nombreux échanges de vue avaient été nécessaires. Il faut du reste signaler que le résultat obtenu comporte comme point de départ un arbitrage particulièrement adroit et compétent rendu le 17 janvier dernier par M. le docteur Segelle, alors ministre de la Santé publique, devant qui les parties avaient décidé de porter leur différend.

Le traitement des internes des hôpitaux

« La Gazette des Hôpitaux » insistait récemment (1er février 1947) sur la situation inconvenante qui est faite aux internes des hôpitaux de Paris. Ceux-ci, las de voir l'Administration ne pas prendre en considération leurs légitimes réclamations, ont décidé de s'adresser directement au ministre des Finances. Ils l'ont fait avec beaucoup d'à-propos et de décision. Le ministre, saisi de la question, a promis de la reconsidérer et d'étudier le relèvement qui s'impose du traitement misérable des internes des hôpitaux. Et ce ne sera que justice. — F. L. S.

Nécrologie

— Le professeur André Latarjet, professeur honoraire d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Académie de médecine depuis 1921, décédé à Lyon le 4 mai 1947.

— Dr Jean Guisez, ancien interne des hôpitaux de Paris (1901), fondateur en France de la broncho-œsophagoscopie, décédé le 6 mai, à Paris.

On annonce la mort, survenue à Paris le 27 avril dernier, de Mme Gaullieur-L'Hardy, femme de notre excellent confrère et ami le Dr Gaullieur-L'Hardy, l'un des fondateurs de l'Union Médicale latine. (U.M.F.I.A.). Nous lui adressons l'expression émue de notre très affectueuse sympathie.

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1947. 2e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

Nos 21-22. — SAMEDIS 24-31 MAI 1947 120e ANNEE Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France............ au lieu de ....375 fr.	356 fr.
Un an : étudiant.......... au lieu de..........200 fr.	190 »
No de 10 francs	9 »
No de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

Médecins de l'Assistance médicale à domicile (10 places). — Ont été reçus : MM. Fiessinger, Haye, Brault, Caine, Carmignac, Forestier, Durgeat, Mlles Durkeine, Esvan, M. Philippeau.

Ecole pratique des Hautes Etudes. — Sont nommés membres du Conseil de direction de la 3e section de l'Ecole pratique des Hautes Etudes, pour une période de quatre ans à compter du 1er mai 1947, MM. les professeurs Lacassagne et Combes, membres sortants rééligibles.

Légion d'Honneur. GUERRE

CHEVALIER. — Méd. lieuten.-colonel Jean Veillet.

CHEVALIER A TITRE POSTHUME. — Méd. lieut. Maurice Quignard.

CHEVALIER A TITRE POSTHUME. — Méd. lieut. Joannes (A. S. G.), corps expéditionnaire d'Extrême-Orient.

SERVICE DE SANTÉ DE L'AIR

CHEVALIER. — Lieut.-col. Labarthe, lieut.-col. Bernard, comm. Vidailhet.

Ministère de l'Air

Service de Santé. — Dans le décret n° 47-818 du 10 mai 1947, portant organisation de l'administration centrale du ministère de l'Air et attributions générales des éléments correspondants, nous relevons :

« Titre II. Service de Santé...

« Art. 10. — Le service de Santé est chargé :

« 1° De la sélection médicale du personnel navigant et de son contrôle périodique médico-physiologique ;

« 2° De l'application dans l'armée de l'air des règles de police sanitaire aérienne internationale ;

« 3° Du traitement médico-chirurgical de tous les personnels militaires du département de l'air et des personnels civils pouvant bénéficier des soins du corps de Santé de l'air ;

« 4° De l'organisation et de l'exploitation des organismes de recherches et d'études de médecine aéronautique ;

« 5° De l'instruction des médecins de l'air ;

« 6° De l'organisation et de l'exploitation de tous moyens sanitaires, y compris les centres de cure et de repos propres au département de l'air ;

« 7° La réalisation des matériels et produits spéciaux nécessaires au service en cause.

« Il dispose d'établissements propres pour le stockage de ces matériels et produits. »

Marine marchande

Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris à la Faculté de Médecine, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (Laboratoire d'Hygiène), le 25 juin 1947 et jours suivants.

Les épreuves écrites commenceront le 25 juin, à 9 heures.

Les dossiers des candidats devront être adressés vingt jours à l'avance au Secrétariat général de la Marine marchande, Direction des Gens de Mer, 3, place de Fontenoy, Paris (7e).

Aucune convocation individuelle ne sera adressée aux candidats.

La demande devra être établie sur papier timbré et revêtue, en outre, d'un timbre fiscal de 100 francs pour droits d'inscription.

Hygiène alimentaire. — Une circulaire du ministre de l'Agriculture, parue dans le J. O. du 15 mai, rappelle l'interdiction de l'emploi de l'acide borique dans les beurres.

Pendant la guerre de 1914-1918 et pendant les années qui suivirent, il a été toléré, pour la conservation des beurres importés ou fabriqués en France, une addition de 5 gr. au maximum d'acide borique par kilogramme de beurre. Cette tolérance a persisté. Mais les hygiénistes, et notamment l'Académie de Médecine (12 mars 1940), n'ont cessé de combattre l'addition dans les beurres d'acide borique seul ou mélangé de borate de soude.

La commission compétente du commissariat général du plan a « jugé inadmissible que notre pays se discrédite en restant le seul à utiliser l'acide borique, tandis qu'en l'abandonnant, l'industrie de la beurrerie sera amenée, par la force des choses, à se moderniser ».

Aussi le ministre a-t-il décidé qu'à partir du 1er avril 1948, il sera interdit de fabriquer ou de vendre ou d'exporter un beurre additionné de substances destinées à en assurer la conservation. Les fabricants et vendeurs ont donc un an pour se moderniser.

Prix Etienne Taesch
Donation faite
par Mme Constance-Françoise Nicolay sa veuve

Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente

ans, ayant peu de ressources, dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature avant le premier juin de chaque année, par une lettre adressée au secrétaire général de l'Association Française d'Urologie.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Le jury appréciera ces travaux moins d'après leur nombre et leur longueur que d'après l'esprit d'originalité qu'ils décèleront.

Les candidats devront joindre également à la candidature un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention d'effectuer et pour lesquels ils sollicitent le prix.

Ils s'engageront, si le prix leur est décerné, à publier dans les deux ans qui suivront la proclamation du prix, un travail sur ces recherches et sur leurs résultats.

Ce travail ou un résumé de ce travail pourra être publié à la suite des comptes rendus du Congrès annuel de l'Association Française d'Urologie.

Le prix sera publiquement décerné pendant l'Assemblée générale du Congrès de l'Association.

Adresser les inscriptions avant le 1er juin 1947, à M. le Dr L. Michon, secrétaire général de l'Association Française d'Urologie, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris (7e).

Université de Genève. Prix Georges-Regard

L'Université de Genève vient de décerner les deux prix Georges-Regard pour 1947.

Le prix Regard de tuberculose a été accordé au Dr Press (de Genève) pour un travail sur « le problème de la lutte antituberculeuse à la lumière des données épidémiologiques récentes ». Le jury, présidé par le professeur Mozer, était composé de Mme Georges Regard, du Dr Betchow, du Dr Maurice Gilbert et d'un phtisiologue français, le Dr Berthet.

Le prix Regard de synthèse a été accordé à un médecin français, le professeur Delore (de Lyon), pour un mémoire intitulé « l'Essai de synthèse entre les résultats de la science biologique et les affirmations de la foi chrétienne ». Le jury, présidé par le professeur Chodat, était composé de Mme Georges Regard, des professeurs Guyenot, Roland-Wavre et du Dr Tournier.

Les prochains prix Regard décernés par l'Université de Genève (1.000 francs suisses) seront attribués en 1949 et 1951. Les sujets mis au concours seront publiés ultérieurement.

Université de Vienne. — La Faculté de Médecine de Vienne se préoccupe de nommer un professeur titulaire à la chaire de pédiatrie vacante depuis la mort de von Pirquet. On annonce que le gouvernement autrichien ferait appel au grand pédiatre de l'Université de Berne, le professeur Glanzmann, dont on fêtait récemment le 60e anniversaire.

La Belgique a offert trois grammes de radium à la Suisse. — Notre grand confrère de Genève « Hygiène et Médecine » annonce que le gouvernement belge, pour remercier le peuple suisse de son aide charitable, a fait don à la Suisse de trois grammes de radium que le Conseil fédéral a réparti entre différents laboratoires.

« La valeur de ce présent, ajoute notre confrère, acquiert un relief particulier du fait que la Suisse, jusqu'à maintenant, ne possédait que 4 grammes de radium. Au prix élevé de 25 dollars le milligramme, c'est un don d'une valeur de plus de 300.000 francs suisses fait par la Belgique. Comme, pour sa conservation et son maniement des installations spéciales et un personnel exercé sont nécessaires, le radium « belge » a été confié à des centres, et particulièrement à de grandes cliniques qui disposaient précédemment déjà de radium. »

Journée médicale de la Faculté de Nancy.

— Cette journée aura lieu le dimanche 1er juin 1947.

1° A l'Institut Dentaire (100, rue de Strasbourg) ; 9 h. 45, conférence du professeur Abel : Données récentes sur la thérapeutique par la pénicilline et les nouveaux antibiotiques.

A 11 heures, conférence du professeur Chalnot : Orientation actuelle du traitement du cancer de l'œsophage thoracique.

2° Déjeuner confraternel, à 12 h. 30, à la bibliothèque de la Faculté de Médecine (30, rue Lionnois). Prix : 500 francs, tickets pain : 200 grammes.

S'inscrire pour le repas avant le 27 mai, au secrétariat de la Faculté de Médecine de Nancy.

Médecins originaires du Nord, Pas-de-Calais Aisne, Ardennes, Somme et Oise Association reconnue d'utilité publique

Prochain dîner du Nord Médical (le premier depuis 1939) le mardi 10 juin à 19 heures 30, à l'Ecu de France (près gare de l'Est), sous la présidence du Dr Eugène Douay (de Valenciennes).

Tous les compatriotes (nouveaux et anciens adhérents, internes, externes, étudiants), s'inscriront dès aujourd'hui auprès du secrétaire général, Dr Paul Richez, 46, rue Blanche, Paris. Tél. Trinité 31-79. Ils feront inscrire leurs amis.

Prix du dîner : 380 francs, réduit à 200 francs pour les étudiants.

XXVIe Congrès Français de Médecine
(Paris, les 16, 17 et 18 octobre 1947)

Le XXVIe Congrès français de Médecine se tiendra à la Faculté de Médecine de Paris, les 16, 17 et 18 octobre 1947, sous la présidence du professeur A. Lemierre (secrétaire général : professeur L. Justin-Besançon).

L'horaire du Congrès sera le suivant : Jeudi 16. — 9 h. 30 : Séance solennelle d'ouverture sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique ; 10 h. 30 : Présentation des rapports sur la Génétique, par MM. Ludo Van Bogaert, R. Turpin, Maurice Lamy et Christiaens ; 14 h. 30 : Discussion des rapports sur la Génétique et communications.

Vendredi 17. — 10 heures : Présentation des rapports sur les Anti-histaminiques, par MM. Bickel, Gaté et Pellerin et Jacques Decourt ; 14 h. 30 : Discussion des rapports sur les Anti-histaminiques et communications.

Samedi 18. — 10 heures : Présentation des rapports sur les kystes du poumon, par MM. Santy, Dufourt et Gally, Pruvost et Benhamou ; 14 h. 30 : Discussion communications.

Le montant de l'inscription au Congrès, donnant droit au volume des rapports et à celui des comptes rendus et communications, est de 1.000 francs pour les membres titulaires. Il est de 500 francs pour les membres associés (familles des Congressistes).

Les admissions sont prises par le trésorier adjoint : M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e), Compte chèques postaux Paris 599.

Les adhérents recevront le programme détaillé du Congrès et des réceptions ainsi que tous les renseignements concernant les voyages, excursions, logement, etc.

Un Comité de dames sera constitué pour organiser l'emploi du temps des femmes des Congressistes désireuses de s'y associer.

Secrétariat. — Le secrétariat du Congrès se tiendra à la Faculté de Médecine, salle Béclard, rue de l'Ecole-de-Médecine. En raison des difficultés nombreuses rencontrées actuellement dans la préparation d'un Congrès, les adhérents sont priés de s'inscrire dès maintenant, et au plus tard avant le 15 juin.

Bureau du Congrès. — Président : Professeur A. Lemierre, 3, rue Rabelais, Paris (8e) ; vice-présidents : professeur Ch. Laubry, Dr E. Rist, médecin général Debenedetti, méd. gén. de 1re classe Le Chuiton, méd. gén. inspecteur Vaucel ; secrétaire général : professeur L. Justin-Besançon, 38, rue Barbet-de-Jouy, Paris (7e) ; secrétaire général adjoint : Dr A. Laporte ; trésorier : professeur Etienne-Bernard ; trésoier adjoint : M. Georges Masson.

Renseignements

Vacance d'emploi. — Un poste d'interne est vacant à l'hôpital psychiatrique autonome de Bassens-Chambéry (chefs de service : Docteurs R. Buisson et Maurice Leconte). Ecrire au Directeur.

Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — Un poste de médecin assistant est actuellement libre. Conditions pécuniaires et matérielles avantageuses. Conviendrait à candidat au concours des hôpitaux psychiatriques. Pous tous renseignements, s'adresser au médecin directeur.

AVIS

Prière de joindre à toute communication la dernière bande d'adresse.

Changement d'adresse : 10 francs.

Nous rappelons que tous les numéros anciens, c'est-à-dire antérieurs à 1947, sont vendus uniformément au prix de 7 francs (abaissé à 6 francs).


MÉDICATION SULFUREUSE
par l'Hydrogène Sulfureux naissant, principe actif des eaux minérales sulfureuses.
SULFURYL MONAL
8 Formes
SULFURYL MONAL
1 Pastilles
2 Granulé
Pharyngites - Angines - Affections des voies respiratoires - Grippe - Rhumatisme chronique.
3 Comprimés inhalants
Coryza - Rhinites - Sinusites - Laryngites - Otites - Branchites chroniques
4 Bain
Dermatoses - Troubles de la Croissance - Rhumatisme - Lymphatisme - Traitement de la Gale.
5 Savon
Toilette des peaux délicates - Affections cutanées.
RHINO - SULFURYL 6 Gouttes
Coryza - Rhinites - Sinusites - Rhino-pharyngites - Otites.
DERMO-SULFURYL 7 Pommade
Affections de la peau et du cuir chevelu - Eczéma - Acné - Psoriasis - Pityriasis - Gale.
LAXO - SULFURYL 8 Dragées
Constipation habituelle - Insuffisance biliaire - Colites - Hémorroïdes - Colibacillose.
Laboratoires MONAL, 13, Avenue de Ségur, PARIS-7e


OKAMINE

Action de l'amide nicotinique sur la tolérance locale des téguments et des tissus profonds aux rayons X Conséquence sur l'augmentation des doses

par Ernest Huant

On sait depuis 1939 environ, que l'amide nicotinique ou vitamine P.P. possède une influence favorable sur l'évolution de certains troubles généraux, qui sont parfois consécutifs à des traitements intensifs par les rayons X ou le radium (radiothérapie profonde) mais peuvent se produire également, suivant les susceptibilités individuelles des malades, dans des traitements plus légers (radiothérapie fonctionnelle en anti-inflammatoire) et quelquefois dès les toutes premières applications. Ces troubles qualifiés suivant une expression impropre, mais qui semble désormais fixée par l'usage, « Mal des Rayons », consistent le plus souvent en une céphalée d'intensité variable, avec inappétence, insomnie, vomissements et autres troubles hépato-digestifs en général peu graves, mais toujours éminemment désagréables pour le patient. Leur étiologie semble bien se rapporter à des réactions neuro-végétatives d'origine mi-humorale, mi-psychique et il est fort possible qu'intervienne aussi une susceptibilité anaphylactique à l'ozone dégagée dans les salles de traitement par action du rayonnement sur l'oxygène ambiant. Effectivement, cet ensemble de troubles a été pendant longtemps traité, avec un succès non négligeable, par les excitants hépatiques tels que l'extrait d'artichaut, ou les désensibilisants classiques tels que l'hyposulfite, associé ou non à la pilocarpine. En 1938-1939 des auteurs américains : Spies, Bean et Stone, ayant décelé chez quelques-uns de ces malades une porphyrinurie analogue à celle de la Pellagre, ont obtenu une nette amélioration des symptômes par la vitamine P.P. en même temps qu'une disparition de la porphyrinurie radiothérapique (sans qu'il y ait d'ailleurs relation étroite entre ce test et l'intensité des troubles). Un auteur américain, Graham, a même précisé les pourcentages de résultats obtenus d'après la nature des régions irradiées : la proportion de « Mal des Rayons » étant maxima pour les portions abdominales, minima pour les extrémités (ce qui, soit dit en passant, nous paraît bien préciser le rôle du milieu humoral et des plexus neuro-végétatifs dans l'étiologie de ce syndrome). Les résultats du traitement par l'amide nicotinique, quel que soit répétons-le, le degré de la porphyrinurie, ont été nettement satisfaisants et, dès 1941, en France, L. Delherm pouvait invoquer ces faits positifs, pour citer la vitamine PP parmi d'autres vitamines, comme un adjuvant utile en radiothérapie (1).

⁂

Depuis 1943, guidé par certaines propriétés pharmacologiques de l'amide nicotinique, nous avons pensé à utiliser la vitamine P.P. non plus comme un simple facteur de tolérance générale, mais bien pour voir si elle ne pouvait servir à obtenir une augmentation appréciable de la tolérance locale des téguments et des tissus profonds, du segment organique directement irradié. Rappelons qu'en radiothérapie, et très particulièrement en radiothérapie profonde, anti-tumorale, la valeur de la dose dite cutanée, c'est-à-dire de la dose maxima que peut supporter la peau, sans lésions graves, irréversibles, est un élément capital du problème thérapeutique : d'elle va dépendre en effet la dose, dite profonde, que l'on cherche à distribuer la plus forte possible au niveau du tissu à détruire. Cette dose cutanée dépend de facteurs quantitatifs et qualitatifs (longueur d'onde du rayonnement) déterminés par des constantes de traitement qui forment la base même de la technique radiothérapique ; longtemps, par exemple, on a cherché à réaliser des pénétrations de plus en plus fortes, en augmentant le voltage de production. Le malheur est qu'à partir d'une certaine pénétration, des proportions de plus en plus fortes d'énergie semblent traverser l'organisme comme un espace vide, et ne sont plus utilisables biologiquement. L'effet thérapeutiquement utile semble donc tendre assez vite vers une limite.

Il était dès lors intéressant de chercher par des procédés biologiques à augmenter, pour des constantes égales de traitement, la tolérance locale et avant tout la tolérance cutanée. Ce problème n'a pas manqué de hanter l'imagination des radiothérapeutes depuis le début des applications anti-tumorales et des procédés divers ont été proposés, allant de l'ischiémisation par compression, jusqu'à l'ionisation vaso-constrictive des téguments (un tissu moins actif physiologiquement, devant être moins radiosensible). Les applications locales de vitamine A. et de vitamine D. ont été plus récemment proposées, mais il semble qu'elles aient surtout des effets utiles dans le traitement des radio-lésions tégumentaires, sans avoir de rôle vraiment effectif dans la prévention de l'apparition des dites lésions. Nous ne parlerons que pour mémoire de l'application des pommades adrénalino-stovaïnées ou de leurs variantes.

⁂

Nous voulons rapporter dans ce travail les résultats que nous avons obtenus sur l'augmentation de la dose à la peau, par l'emploi systématique de fortes doses de vitamines P.P. dans nos traitements de radiothérapie profonde, anti-cancéreuse, depuis 1943. Rappelons à titre documentaire que nous avions déjà formulé certains de ces résultats dans deux travaux antérieurs en 1945 (à propos de l'action freinatrice de la vitamine P.P. chez certaines lésions bacillaires de porteurs de tumeurs) (2) et en 1946 (dans une étude sur l'action caryoclasique de la colchicine dans les traitements anti-cancéreux) (3). Actuellement avec un recul de près de quatre ans, et des observations portant sur 110 cas suivis, nous pensons avoir des éléments suffisants, tant en nombre qu'en durée, pour porter des conclusions d'ensemble. Précisons que la plupart de nos malades ont été examinés et traités dans les services centraux d'électro-radiologie, où nous étions chargés d'une consultation de radiothérapie : à l'hôpital Bichat de janvier 1943 à septembre 1944 (Service du Dr Bean), à l'hôpital Lariboisière, ensuite (Service du Dr J.-H. Marchand), et toujours actuellement.

Nous administrons l'amide nicotinique à doses fortes : 40 à 60 cg. en comprimés de 5 cg. ou 20 cg. à 50 cg. en injections intramusculaires. Comme en général nos séances de radiothérapie sont espacées de deux en deux jours, nous combinons l'injection intramusculaire le jour de la séance, avec l'administration en comprimés les jours intercalaires. Parfois aussi, et pour des raisons de commodité, nous employons uniquement la voie buccale. Il semble que la voie parentérale soit plus favorable, l'essentiel étant avant tout d'observer une posologie suffisante : la dose de 60 cg. quotidienne, nous a paru être une posologie minima, mais assez forte pour un résultat appréciable. Nous l'avons parfois dépassée, allant jusqu'à 1 gr. par 24 heures, en ajoutant à une intra-musculaire de 30 à 50 cg. le complément en comprimés. Nous avons réservé ces très fortes doses aux champs d'irradiation très larges (sein) ou très rapprochés (larynx). Nous devons dire d'ailleurs, qu'à partir des doses moyennes que nous indiquons, l'augmentation de la tolérance cutanée, si elle peut encore s'amplifier ne varie pas proportionnellement. Inversement, nous avons parfois obtenu d'excellents résultats avec des doses plus faibles. Il semble bien là qu'il s'agisse de phénomènes biologiques réclamant une certain seuil de concentration de la substance active et variant relativement peu à partir de ce seuil.

D'autre part, toutes les observations dont nous faisons état pour établir les conclusions que l'on va lire se rapportent à des traitements de tumeurs cancéreuses les plus variables (sein, larynx, parotide, langue, utérus, rectum, squelette...) par radiothérapie moyennement pénétrante et très pénétrante (150-200-250 KV) avec des filtrations toujours constantes ($\frac{1}{2}$ Cu + 5 Al, 1 Cu + 3 Al) des distances focales de 42 et 52 cm.

D'une façon *absolument constante*, nous pouvons dire que nous avons toujours réussi à augmenter d'une façon appréciable la dose cutanée de tolérance telle qu'elle est classiquement déterminée (2.000 à 2.300 *r* pour 200 KV — 2.800 à 3.200 *r* à 250-

(1) Delherm (L.), *Semaine des Hôpitaux*, 1941, 21, 803.

(2) E. Huant. *Gazette des Hôpitaux*, 15 août 1945.

(3) E. Huant. *Gazette des Hôpitaux*, 12 juin 1946.

280 KV) et en tenant compte évidemment des marges individuelles de variations possibles.

Dans 70 % des cas nous avons pu l'augmenter de 50 *à* 75 %.

Dans 20 % des cas nous avons pu *la doubler*, et même parfois dépasser ce doublage. Par exemple :

— *Une linite plastique* (homme de 52 ans) traitée à 200 KV a toléré 4.500 *r* en un seul champ abdominal antérieur, en quatre semaines sans présenter autre chose qu'une pigmentation brunâtre atteignant son maximum trois semaines après la fin de la série (et pourtant, dans ce cas déjà publié à un autre point de vue, nous n'avions donné que 10 cg. en injection intramusculaire).

— *Un néo du cavum* (adressé par le service du professeur Lemaître) a supporté 4.250 *r* en un seul champ (traitement à 150 puis à 200 KV) sans rien autre chose qu'un banal érythème. Il s'agissait d'une femme de 60 ans, la série s'étalait sur vingt-quatre jours.

— *Un épithélioma du sillon glosso-épiglottique* (homme de 72 ans) traité sur 3 champs voisins : 2 sous-maxillaires latéro-obliques, 1 sous-mental, antérieur, a pu tolérer, toujours en une même série 3.500 *r* par champ à 200 KV, ce qui équivaut au moins à un doublage pour les champs latéraux, en tenant compte de l'effet de sortie de l'irradiation du champ symétrique.

— *Un chondrome de l'aile iliaque gauche* (homme de 33 ans) traité à 200 KV a supporté 3.500 *r* sur chaque champ antérieur et postérieur et 2.500 *r* sur un petit champ au pôle supérieur de la masse, déjà affecté par les irradiations transversales. Tout ceci toujours dans la même série.

Importance de l'action de l'amide nicotinique sur les tissus profonds du segment irradié

Ce qui nous paraît particulièrement intéressant dans cette action de l'amide nicotinique, c'est que développant un effet biologique général sur lequel nous aurons à revenir, elle agit non seulement au niveau des téguments, mais aussi *et à titre absolument égal*, dans l'épaisseur des tissus sous-jacents, et plus particulièrement au niveau des épithéliums, et des éléments nerveux. Il n'y a donc pas à craindre ici, qu'ayant augmenté par un artifice quelconque la marge de sensibilité cutanée, on puisse risquer d'introduire une dose énergétique trop forte, provoquant des lésions en profondeur là où n'agirait plus l'artifice superficiel : c'est ce que l'on pourrait redouter par exemple si l'action de pommades locales correspondait à une réalité effective... Et, pour reprendre un exemple qui a été donné, si une malléole était ainsi protégée jusqu'à admettre une dose qui provoquerait une dermite en émergeant à la malléole opposée on devrait se demander avec une certaine inquiétude ce qu'il va pouvoir en résulter pour les tissus intermédiaires — vaisseaux, nerfs et os — qui, eux, sont affectés par une dose bien plus forte que la dose émergente et sans plus de protection !.. .

L'importance de l'action protectrice en profondeur de la vitamine P.P. prend une valeur particulière dans les irradiations intensives des tumeurs cervicales, laryngées, médiastinales qui intéressent des territoires très richement innervés et vascularisés, contigus à des épithéliums hautement fonctionnels. On sait l'immense importance qu'ont les connexions neuro-vasculaires dans la radio-sensibilité des épis laryngés. On sait aussi la valeur des réactions œdémateuses ou congestives qui peuvent si souvent faire trébucher un traitement radiothérapique bien établi. Dans tous ces cas la vitamine P.P. — aux doses que nous avons indiquées d'abord à des doses allant jusqu'au gramme quotidien quand les phénomènes persistent — aura un rôle préventif ou sédatif qui sera d'un précieux appoint.

Action sur les radio-lésions

Parallèlement à l'étude de l'action de l'amide nicotinique sur la radio-sensibilité segmentaire, nous avons été amené à l'employer pour le traitement de quelques cas de radio-lésions cutanées que nous avons eu à examiner. Les résultats ont été très appréciables. Nous allons citer le cas le plus grave, qui est aussi le plus démonstratif : il s'agissait d'une femme de 50 ans, M... Simonne, traitée malencontreusement à l'extérieur pour une *tumeur mixte de la parotide droite cancérisée et ayant subi une intervention*. Elle avait reçu, avant de venir nous consulter 4.000 *r* en un seul champ par séances quotidiennes de 200 *r* (à 180 KV — $\frac{1}{2}$ Cu + 2 Al) (nous avons vu sa fiche de prescriptions). Trois semaines après la fin de ce traitement, elle nous est amenée avec une radio-dermite grave de la région parotidienne : dermite ulcéreuse, à bords bourgeonnants, à fond sanieux, avec exsudat muco-hémorragique. Phénomènes douloureux intenses. Nous la traitons *uniquement* avec la vitamine P.P. : localement, en pansements imbibés de la solution injectable à 5 % renouvelés chaque jour. En outre, injections intra-musculaires de 30 cg. complétées par 20 cg. en comprimés tous les deux jours ; 60 cg. en comprimés les jours intermédiaires. Après 18 jours de ce traitement, cicatrisation complète. Cicatrice plane, souple, indolore, sur laquelle se devine à peine les traces de l'ancienne intervention. Quant aux douleurs, elles ont cessé dès la première semaine.

Cet état est absolument maintenu depuis 1 *an* $\frac{1}{2}$. Et on peut espérer en outre qu'en compensation légitime, la brutalité thérapeutique du début lui laissera un répit plus prolongé du côté de sa parotide.

***

Quel peut-être le mécanisme de l'action protectrice de la vitamine P.P. vis-à-vis des fortes doses locales d'énergie rœntgénienne ? Sans vouloir entrer ici dans le détail des propriétés pharmacodynamiques de l'amide nicotinique, nous dirons que c'est avant tout son action sur les oxydo-réductions et la respiration cellulaire qui nous semble devoir être mise en cause ici. A côté de cet élément fondamental agissent aussi ses propriétés purement vitaminiques sur la trophicité neuro-épithéliale, et peut-être encore, mais plus accessoirement, un effet stimulant sur les fonctions antitoxiques du foie.

Nous avons souligné, dans les travaux que nous rappelons au début de cet article, que cette action sur la tolérance tégumentaire nous paraissait pouvoir se doubler d'une action biologique plus complexe sur le métabolisme vicié par anaérobiose des cellules tumorales. Les mêmes propriétés vis-à-vis des groupes oxydo-réducteurs doivent là aussi intervenir suivant un mécanisme évidemment plus délicat à interpréter, mais qui permet d'entrevoir comment l'amide nicotinique peut se situer comme un modificateur puissant du terrain cancéreux. Ceci ne peut encore s'envisager que sur un plan partiellement hypothétique.

Par contre, ce que les conclusions du présent travail peuvent nous permettre de considérer comme un fait bien établi, c'est cette action réelle, précise, pratiquement constante sur la tolérance locale, à la fois tégumentaire et profonde, à l'énergie rœntgénienne. Et la valeur pratique de ce fait, c'est qu'il permet de réaliser, sans risques pour les tissus profonds et toutes choses égales d'ailleurs, une augmentation des doses qui nous paraît très nettement supérieure à tout ce qui avait été observé jusqu'ici.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

26 *mars*. — M. Humbert. — Ultra-sons et application médicale.

M. Kalènitch. — Péricardite brightique curable.

M. Fournajoux. — Epilepsie et puerpéralité.

M. Flechner. — Réactions de la pénicilline.

M. Cypin-Aizenstein. — Fracture du sésamoïde interne du gros orteil.

M. Roy. — Fonctionnement du Centre de pénicillothérapie de Baudelocque.

Mlle Gosselin. — Maladie de Heine-Medin dans la Seine-Inférieure.

M. Pinel. — Pénicilline dans le traitement de la maladie d'Osler.

M. Gleyses. — Endocardite maligne.

M. Denis. — Accidents causés par l'essence de chenopodium.

M. Robelet. — Cholecystographie.

27 *mars*. — M. Bertran. — Anesthésie générale en O. R. L.

M. Caye. — Epithelium de l'iléon terminal.

M. Thomas. — Tumeurs du cœur.

M. Lewensztajn. — Intoxication barbiturique.

M. Levy. — Transfusion sanguine.

M. Le Guern. — Néphrites au cours de la gale humaine.

M. Sauvé. — Agranulocytose et pénicilline.

M. Joron. — Symphyseotomie sous-cutanée.

M. Sapin. — Maladie des vibrations.

M. Moisan. — Empoisonnements par datura alba.

Le propidon intraveineux dans les arthropathies du psoriasis

par H. Serre

Professeur agrégé à la faculté de Médecine de Montpellier

On sait la multiplicité des traitements proposés dans le psoriasis : les arthropathies demeurent souvent peu sensibles à ces diverses thérapeutiques. Le choc pyrétogène nous a fourni un succès particulièrement brillant dans une forme sévère dont voici l'observation.

Observation. — M. D..., 51 ans, consulte le 20 janvier 1947 pour une poussée rebelle de psoriasis arthropathique.

Le psoriasis, chez ce malade, a été constaté pour la première fois douze ans auparavant : l'éruption s'est accompagnée d'une crise polyarticulaire intéressant les jointures des pieds et les hanches. Les articulations étaient très tuméfiées, avec signes inflammatoires nets ; pas de fièvre, sédimentation horaire à 16 millimètres. La crise a duré deux mois.

Deuxième poussée articulaire en 1938-1939, touchant les hanches, les articulations thoraciques, les doigts qui restent déformés.

Petites poussées en 1940,

En 1944 : violente crise généralisée, ainsi qu'en 1945 au retour d'une cure à Dax.

Enfin la poussée actuelle date de quatre mois : débutant en octobre 1946, elle a intéressé les articulations des pieds, les chevilles, les genoux, les mains, les articulations thoraciques.

Les diverses poussées, la dernière en particulier, ont été traitées par des cures intensives de salicylate de soude, de calcium, de soufre et d'iode intraveineux à hautes doses. Le malade déclare n'avoir tiré aucun profit sensible du traitement.

Il faut signaler que les crises articulaires coïncident avec une exacerbation violente des lésions cutanées de psoriasis.

On ne relève rien de notable dans les antécédents personnels et familiaux.

L'examen montre d'importantes déformations articulaires, surtout des mains, des doigts tuméfiés en fuseau. De plus, les pieds, les chevilles, les genoux, les poignets sont douloureux, gonflés, chauds et les mouvements pratiquement impossibles.

La pression des côtes réveille de vives douleurs. L'impotence est considérable. Le malade marche très difficilement avec une canne, hésite, dit-il, à traverser une rue en raison de sa lenteur à se déplacer. Il absorbe chaque jour trois à quatre comprimés d'aspirine et deux cachets d'atophan.

Il existe une éruption psoriasique étendue, en pleine activité, dessinant de grands placards sur les membres et sur le tronc (en particulier l'un d'eux couvre la totalité de la région lombo-sacrée et les fesses). On note des lésions typiques d'onyxis et un large cercle sénile cornéen.

L'examen viscéral est sans anomalie. Tension artérielle 14 mx, 9 mn. Urines claires, ne renfermant ni albumine, ni glucose. Vitesse de sédimentation horaire moyenne 17,5 millim.

Evolution. — Le traitement associe à un régime de restriction des graisses une cure vitaminique : complexe de vitamines B, vitamine D^2 à hautes doses (15 milligr. tous les trois jours), du gluconate de calcium (1 gr. par jour par voie rectale) et une série de six injections intraveineuses de propidon aux doses progressives de 1/4 de cm^3 à 1 cm^3 5 à un rythme bi-hebdomadaire.

Dès le premier choc, qui est intense (température à 40°), le malade est surpris par la sédation immédiate des douleurs qui lui permet de supprimer tout calmant. L'amélioration se poursuit à un rythme rapide portant à la fois sur l'élément articulaire et cutané. Elle est d'autant plus nettement appréciée par le malade qu'il n'avait jamais constaté pareille rétrocession des accidents sous l'influence des thérapeutiques employées au cours des crises antérieures. Celles-ci, dit-il, lui donnaient l'impression de céder quasi spontanément, après avoir épuisé leurs effets.

Deux semaines après l'arrêt du propidon, le 27 février 1947, l'éruption a complètement perdu son activité : il reste des plaques cutanées brunâtres, dépourvues de squames et que le malade conserve en permanence. Les articulations sont absolument indolores, leurs mouvements libres. On ne note pas de signe inflammatoire ; il persiste seulement la déformation, fixée déjà avant la crise actuelle, des articulations interphalangiennes des doigts qui gêne la flexion de la main. Le malade a abandonné la canne pendant la cure de chocs, il marche normalement, monte et descend l'escalier sans gêne ; il ne signale qu'une légère difficulté dans le mouvements d'élévation forcée sur la pointe des pieds (!).

La vitesse de sédimentation horaire moyenne est de 2,5 millim. L'examen viscéral est normal ; la tension artérielle de 13 mx, 8 mn. Les urines sont sans anomalie.

Il reprend son travail qu'il continue depuis cette date.

En résumé, chez un homme de 51 ans, psoriasique ancien avec arthropathies évoluant par crises, le propidon intraveineux permet la guérison totale et rapide (4 semaines) d'une poussée polyarticulaire et cutanée violente, datant de quatre mois et qui avait résisté à une thérapeutique salicylée, iodée et soufrée intensive par voie veineuse.

La thérapeutique de choc n'est pas nouvelle dans le psoriasis. Déjà les anciens auteurs avaient signalé l'action favorable des pyrexies sur la dermatose.

De nombreux produits ont été utilisés : vaccins divers (Jausion), sérum de cheval (Perry), sérum antityphoïdique (Scully), autohémothérapie et autosérothérapie (Howard ; Fox ; de Micnicki), injections de lait (Fox ; Tzanck et Cord), vaccin staphylococcique (Delattre)...

Coste indique en quelques mots, dans son article de l'Encyclopédie médico-chirurgicale, les bons effets parfois obtenus par la pyrétothérapie (vaccin gonococcique, dmeleos...).

Les résultats, comme celui que nous apportons, montrent que le choc, en particulier par le propidon intraveineux, qui provoque des réactions vives, sans danger, facilement réglables, mérite de prendre une place de choix dans la thérapeutique du psoriasis arthropathique. Il peut d'ailleurs s'associer heureusement à la chimiothérapie par le manganèse ou par l'or (ce dernier à employer avec prudence) suivant une méthode générale que nous préconisons depuis longtemps en thérapeutique articulaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Séance du 13 mai 1947

Nécrologie. — Le président informe l'Académie du décès de M. Latarjet, de Lyon, membre correspondant.

Notice nécrologique sur M. Vallée. — M. L. Bazy.

Sur une variété de nanisme avec troubles particuliers du métabolisme de l'eau (Syndrome oligodipsique avec hydrophilie. — MM. R. Debré et J. Marie. — Trois observations d'un nanisme avec hydrophilie, oligodipsie, oligurie et troubles du développement sexuel. La taille de ces sujets est très inférieure à la normale de leur âge mais l'harmonie somatique est conservée. L'intelligence est normale ; les organes génitaux à peine développés. L'urine émise, très peu abondante, est très dense ; l'épreuve d'Albarran-Volhard montre la rétention de l'eau. L'hypothermie est habituelle. Pas de flèche hyperglycémique alimentaire. Il semble s'agir d'un trouble fonctionnel, sans tumeur, du lobe antérieur de l'hypophyse. Il n'y a pas d'infection mais un trouble constitutionnel ; l'existence de malformations concomitantes diverses est un argument en ce sens.

Action de la streptomycine sur le virus rabique. — MM. Remlinger et Bailly. — L'expérimentation sur le chien a montré que le virus rabique résiste à la fois à la putréfaction et à la streptomycine. L'expérimentation est rendue délicate par la toxicité de la streptomycine pour le système nerveux.

Antagonisme de la prostigmine et des substances curarisantes. — M. Oswaldo Vital, Brazil (Présentation faite par M. Fabre). — La substance curarisante employée, méthyl-tébéerine provient de l'alcaloïde du *Pareira brava*. Chez un pigeon de 300 gr., un milligramme provoque la paralysie flasque des membres inférieurs, des ailes et du cou ; les mouvements respiratoires continuent. Par l'injection de 0 millig. 05 de prostigmine la paralysie disparaît. La même action se produit chez le bœuf et chez le cheval. La projection d'un film illustre d'une façon saisissante ces expériences.

A propos de la récente épidémie de variole survenue dans la région parisienne. — MM. Cavaillon, Leclainche, Boyer, Mlle Tissier. — Le premier cas constaté se produisit chez un enfant non vacciné et chez qui fut d'abord porté le diagnostic de varicelle. En l'espace d'un mois les cas de contagion secondaire puis tertiaire ont atteint au total 33 cas avec 2 décès (l'un par variole confluente), cette épidémie, bénigne dans son en-

semble, a été pour beaucoup favorisée par les non-vaccinations aux temps de l'occupation. Elle a été l'occasion d'une campagne de vaccination qui a touché près de 800.000 personnes à Paris, près de 1.500.000 dans les trois départements de la région parisienne.

Vers la même époque, en divers pays des deux hémisphères, une poussée variolique a été observée, souvent masquée par des apparences de varicelle, comme à Paris ou ailleurs d' « alastrim ».

Discussion : M. Tanon.

Les lésions du nerf optique au cours du typhus exanthématique et du typhus murin. — MM. Toulant et Larmande. — L'examen systématique du fond d'œil dans le typhus exanthématique a montré 74 % de papillites bilatérales, 21 % d'hyperhémies simples, 34 % de névrites légères, 19 % de névrites intenses. Jamais d'hémorragie rétinienne. Apparition vers le douzième jour, époque des réactions méningées. Guérison lente un à deux mois, habituellement complète. Dans le typhus murin consécutif à l'inoculation de vaccin (virus murin atténué par addition de bile) 9 malades sur 14 ont présenté une névrite optique bilatérale qui s'est montrée sévère dans 4 cas.

Comparaison pharmacologique du phényl-cinchoninate et du cinchothiénate de quinine. — M. Quevauviller. — Le cinchothiénate, un peu toxique est, lui aussi, antithermique, antipyrétique, ocytocique et antiprotiste mais plus énergique que le phénylcinchoninate.

L'état de besoin dans les toxicomanies et les cures de désintoxication. — MM. Lecoq, Chauchard et Mme Mazoué. — L'étude chronaximétrique expérimentale montre la liaison entre l'état de besoin et l'action correctrice de la dernière dose ingérée sur les troubles nerveux d'excitation. La voie intraveineuse ne permet pas à l'intoxication de se développer et la supprime quand elle existe et peut être un moyen de désintoxication progressive.

Election. — M. Lévy-Solal est élu membre titulaire dans la section d'accouchements.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 14 mai 1947

A propos des moignons douloureux. — M. Padovani.

A propos des sutures termino-terminales. — M. Rouhier.

Fracture de la ceinture pelvienne avec diastasis sacro-iliaque. — M. Touzard. — Rapport de M. Sicard qui insiste sur le caractère très atypique de la lésion observée ; la réduction orthopédique a permis néanmoins d'obtenir une excellente réduction.

Kyste intra-thoracique pleuro-péricardique opéré et guéri. — M. Guihal a enlevé ce kyste par thoracotomie avec un excellent résultat.

Calcul biliaire découvert radiologiquement dans le duodénum. —MM. S. Blondin, Didier-Hesse, Boudagniem et Couinaud ont eu l'occasion de découvrir cette lésion chez une femme âgée de 65 ans et présentant des signes d'occlusion aiguë. Il n'existerait que 7 observations connues analogues à celle de M. S. Blondin.

Une méthode nouvelle du traitement des varices. — M. Ménégaux insiste sur l'intérêt d'une méthode mixte associant la résection de la crosse de la saphène et de ses branches et de l'injection sclérosante dans le reste du système veineux. L'exérèse chirurgicale de la crosse n'est pas toujours facile ; il faut éviter de répandre du liquide sclérosant dans la plaie opératoire ; comme solution sclérosante, l'auteur a utilisé une solution de glucose à 66 % dont il faut injecter 150 cm³ environ. Le malade doit quitter la salle d'opération en marchant, ce qui éviterait le danger d'embolie. M. Ménégaux discute les inconvénients de la méthode, qui sont minimes. Il l'a utilisée dans vingt-sept cas. Il ne paraît pas utile de faire des injections étagées dans le système veineux. L'indication type est la dilatation variqueuse étendue à tout le membre avec insuffisance de la valvule ostiale et perméabilité du système veineux profond.

M. Sicard fait des réserves sur les résultats éloignés de la méthode. Il préfère utiliser des exérèses chirurgicales limitées des ampoules veineuses complétées par un traitement sclérosant ambulatoire.

M. Quénu conseille la résection sur 15 à 20 cm. de la saphène interne et de sa crosse avec ligature de toutes ses branches collatérales.

Les problèmes psychosomatiques en chirurgie générale. — M. Boppe envisage la question chez les malades atteints d'affections orthopédiques ; il souligne en particulier la fréquence des algies rachidiennes remontant du coccyx vers la nuque chez les malades purement psychiques dont les algies sont rebelles à la novococaïnisation, à l'immobilisation plâtrée.

M. Quénu apporte trois observations d'occlusion *sine materia.* Dans un cas il a été possible de déterminer la cause de l'occlusion qui est obtenue par l'immobilisation du diaphragme décelable seulement à la radioscopie.

ACADEMIE DE PHARMACIE

Séance du 7 mai 1947

M. L. Launoy présente un ouvrage intitulé : *Traité de Physiologie humaine.*

M. J. Desbordes souligne le *rôle du laboratoire d'analyses dans l'organisation de la lutte antivénérienne.*

M. J. Roche, R. Michel et M. Lafon donnent une *méthode de dosage de la thyroxine dans les protéines artificiellement iodées.* On opère par hydrolyse barytique puis on fait une extraction par le butanol et on termine par un dosage colorimétrique.

M. P. Bouvet présente *le titrage de quelques électrosols médicamenteux.*

Observations sur le dosage du Rhodium et de l'Or. Après réduction par le chlorure stanneux, on effectue le dosage de l'Or et du Rhodium.

M. R. Bernier et M. Gihr étudient *la substitution de la génésérine à l'ésérine.* Leur action n'est pas identique sur l'œil.

Election à une place de membre résidant : A. Sartory.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

Séance du 25 avril 1947

Traitement de la paralysie radiale par les plasties et transplantations tendineuses. — M. Dupuy de Frenelle. — Dans huit cas personnels, cette méthode a donné des résultats constants et rapides pour le rétablissement de la fonction des doigts et de la main. Les tendons extenseurs doivent être fortement raccourcis. Sur ces tendons raccourcis sont transplantés le grand palmaire sur les radiaux, le cubital antérieur sur les extenseurs des doigts. Ces muscles dédoublés animent les tendons paralysés. La transplantation du cubital antérieur sur les quatre tendons extenseurs suffit pour les animer, même individuellement. La transplantation du grand palmaire dédoublé sur les deux radiaux raccourcis obtient le relèvement de la main. La transplantation du petit palmaire sur le long et le court extenseur du pouce ainsi que sur le long abducteur du pouce donne de bons résultats. Il y a intérêt à pratiquer cette opération qui donne des résultats immédiats et satisfaisants pour éviter l'allongement pathologique des tendons paralysés et les déformations articulaires.

Discussion : MM. R. Massart et Séjournet.

Présentation de films radiographiques. — M. J.-E. Marcel. — Après avoir insisté comme Le Gac sur l'importance de l'hydro-urétéronéphrose en pathologie urinaire, surtout infantile, et montré par trois exemples récents sa trop fréquente et regrettable confusion avec l'appendicite, l'auteur présente :

1° Une *cystographie*, de face et de profil, avant et après miction pratiquée chez une femme de 83 ans, atteinte de rétention incomplète d'urine avec azotémie et pyurie, par suite d'un volumineux fibrome calcifié, faisant office « d'adénome prostatique ».

2° L'*urographie intraveineuse*, avant et après importante résection du bassinet pour hydronéphrose chez une fillette.

3° Une *urographie intraveineuse* deux ans après une opération de Goffey-Hinman avec une résection vésicale chez un enfant de 6 ans atteinte d'exstrophie.

4° Une *néphro-pyélo-urétrographie spontanée* totale par infiltration calcaire probable au cours d'une tuberculose rénale unilatérale chez un enfant de 5 ans, atteint de lésions pulmonaires avancées.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 6 mai 1947

Les manifestations pulmonaires au cours des ostéomyélites. — MM. Leveuf, Laurence et Mallet rappellent que ces faits sont depuis longtemps connus, mais que les documents radiologiques sont restés rares. En un an, les auteurs ont observé 8 cas de complications pulmonaires au cours d'ostéomyélites graves avec presque toujours hémoculture positive au staphylocoque.

Les signes cliniques sont presque toujours discrets et la radiologie a montré soit des images à foyers disséminés peu homogènes, soit des images plus discrètes, homogènes, siégeant surtout à la base.

Il n'y a jamais eu d'expectoration purulente, ni d'abcès du poumon ou de pleurésie purulente, et il semble que ces complications soient sans importance pronostique.

De l'hypertrophie de la prostate chez les nourrissons. — M. Ribadeau-Dumas rapporte deux autopsies récentes de nourrissons au cours desquelles la prostate était grosse comme une noix, le col de la vessie dur et épaissi, et la vessie rétractée. Au microscope, tous les éléments prostatiques étaient en hyperfonctionnement. Il discute les rapports entre l'hypertrophie prostatique et la maladie du col, et, sans conclure, insiste sur la nécessité de l'étude systématique de la prostate du nourrisson comme l'ont recommandé Boppe et Marcel.

Foyers de Simon. — MM. Debré et Lecointe rappellent à propos d'une observation de taches macronodulaires des deux sommets survenues peu après une primo-infection, l'existence de ces foyers décrits en 1921 par Georges Simon, qui apparaissent subitement et évoluent rapidement vers la calcification. Leur pronostic est favorable, malgré la coexistence fréquente de tuberculoses extra-pulmonaires.

La pathologie des prématurés. Prophylaxie et traitement des accidents. — M. L. Tixier souligne les différences qui existent entre les techniques françaises et américaines. Ces dernières méritent d'être diffusées.

Les accès de cyanose sont fréquents dans les premiers jours, et c'est souvent au cours de l'un d'eux que survient la mort. Leur meilleure prophylaxie semble consister dans l'administration dès la rupture des membranes de vitamine K par voie souscutanée, combinée avec l'abstention d'analgésiques et plus encore d'anesthésiques par inhalation ; il faut également éviter les applications de forceps. Dès la naissance, le séjour dans une atmosphère chaude et suroxygénée réalisée dans des couveuses perfectionnées (incubators) permettent d'obtenir la disparition plus ou moins rapide de la cyanose.

Le réglage de l'alimentation et l'administration en très petites quantités par un personnel spécialisé, de lait de femme ou d'autres laits utilisés aux U. S. A. entrent pour une large part dans l'amélioration des statistiques.

L'auteur souhaite que le lait de femme et le lait d'ânesse puissent être à la portée de tous les besoins et insiste sur la nécessité de lutter contre les facteurs essentiels de prématuration, syphilis, alcool et tabac.

REUNION DES PHTISIOLOGUES DE LA REGION DU NORD

Séance d'avril 1947

Le professeur agrégé Kourilsky et Mme Kourilsky assistent à la séance.

La notion de zone en pathologie pulmonaire. — M. Graux, dans une étude complète de la question du point de vue anatomique et du point de vue clinique, après avoir rappelé les travaux initiaux de MM. Pierret, Coulouma, Breton et Devos, résume les recherches qu'il a menées avec MM. Jean Minet et Warembourg sur la division des lobes en zones ou segments pulmonaires distincts. Nombreuses sont les affections qui ne touchent qu'une zone ou fraction de zone : pneumonie, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie pseudo-lobaire, abcès du poumon ne sont en général que des maladies zonaires ; la tuberculose, l'atélectasie, l'emphysème obstructif se localisent volontiers uniquement dans une zone ; il en est de même des dilatations bronchiques, des kystes aériens, du syndrome de Loeffler, etc.

M. André Breton, à propos de cette communication, fait l'historique des travaux de M. Pierret et de son école. Il insiste particulièrement sur les publications de MM. Jean Minet, Warembourg et Graux relatives aux territoires para-bronchiques et met en valeur le rôle des bronches dans les localisations infectieuses.

Tumeur bénigne du tronc souche droit, susjacente à une dilatation bronchique et traitée par électro-coagulation. — MM. Gernez-Rieux, Breton et Meneau rapportent sous ce titre une intéressante observation.

M. Kourilsky, à propos de cette observation, insiste sur l'intérêt du diagnostic précoce de ces tumeurs endobronchiques dont la destruction complète n'est possible que si elles ne sont pas trop volumineuses.

Il n'est cependant pas partisan de la bronchoscopie systématique. Mais certains symptômes, comme la localisation unilatérale de ronchus ou de sibilants, et à plus forte raison une hémoptysie qui ne fait pas sa preuve doivent entraîner obligatoirement l'examen au bronchoscope.

Aspects radiologiques des lobites moyennes partielles. MM. D'Hour, Crépin et Launent rappellent les travaux anatomiques divisant la bronche lobaire moyenne en rameau postéro-externe et en rameau antéro-interne. Ils signalent la possibilité de superposition à ce type anatomique des localisations pathologiques du lobe moyen. L'une d'entre elles, la localisation postéro-externe, est très fréquente, banale même ; l'autre, la localisation antéro-interne est plus rare et plus difficile à mettre en évidence. Les auteurs présentent des radiographies de ces différents segments qui possèdent souvent une individualité bronchoscopique.

Suppuration pulmonaire de diagnostic difficile. — MM. Warembourg, Linquette, Goudemand et Clay. — L'observation d'un cas de suppuration pulmonaire chez un homme de 50 ans a permis à ces auteurs de vérifier une fois de plus que l'aspect bronchoscopique de « pétrification bronchique » n'est pas pathognomonique du cancer. En effet, un tel aspect a disparu après un mois d'évolution au cours duquel le contexte clinique et radiologique a permis d'éliminer ce diagnostic. D'autre part, ils ont vu apparaître une cavité résiduelle de l'abcès, cavité d'aspect kystique à contours finement linéaires et réguliers, dont le volume est beaucoup plus grand que celui de la caverne primitive. Ceci évoque la possibilité non pas d'un kyste congénital secondairement suppuré, mais d'un kyste acquis. En effet, on a signalé récemment l'épithélialisation prouvée histologiquement d'abcès anciens à partir de la bronche de drainage. Chez le malade, celle-ci était largement ouverte dans la cavité abcédée qui communiquait à plein canal avec l'arbre bronchique, éventualité suffisamment exceptionnelle pour expliquer la rareté de tels faits.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

Séance du 4 novembre 1946

Kyste hydatique du foie opéré. Hydaptisie un an auparavant. — M. J. Dor. — Une vomique hydatique « eau de roche » survient chez une jeune femme jusque-là bien portante. On ne trouve aucune trace de kyste hydatique pulmonaire ou hépatique. Un an après, il existait un volumineux kyste du foie allant de la convexité supérieure au rebord antéro-inférieur. **Intervention, guérison. A l'opération** la coque kysto-hépatique était intimement adhérente au diaphragme, l'auteur discute l'origine et le mécanisme de l'hydaptisie antérieure.

Fistule du canal de Stenon. — M. Brémond.

Séance du 18 novembre 1946

A propos de six cas de cancer du rectum avec conservation du sphincter. — M. J. Dor. — Ces six cas concernent : Un cancer recto-sigmoïdien enlevé par voie abdominale

pure avec invagination colo-rectale, et cinq cas de cancer de l'ampoule enlevés par voie abdominale et par voie abdomino-coccygienne. Les résultats immédiats comportent : une mort post-opératoire au 17e jour et cinq guérisons. Les résultats éloignés pour trois malades qui ont pu être suivis plus de trois ans comportent une récidive sacrée et pelvienne et deux guérisons.

L'auteur insiste sur l'intérêt de l'anus transverse préalable et sur la difficulté de la péritonisation chez l'homme, au cours du temps abdominal dans les interventions combinées.

Gangrène du membre supérieur après perfusion chez un nourrisson. Amputation. Survie. — M. P. Salmon. — Observation d'un nourrisson de 18 jours atteint de choléra infantile. Une première perfusion fonctionne mal, une seconde perfusion est installée au niveau du coude opposé. Gangrène totale du membre supérieur. L'auteur discute la pathogénie de cette gangrène : blessure de l'artère humérale, ischémie par striction au niveau du bras, phagédénisme, il conclut en donnant quelques conseils de technique.

Séance du 25 novembre 1946

Perte de substance du tibia par blessure de guerre. Synostose du fragment proximal du tibia et du péroné. — M. Assali.

Myosite primitive des muscles de la paroi abdominale. — M. Petridis.

Grossesse intra ligamentaire à terme avec enfant vivant. — M. Connault. Rapporteur : M. Dor.

Séance du 2 décembre 1946

Brûlures des membres inférieurs. Séquelles traitées par greffes dermo-épidermiques. Résultat après interventions multiples. — M. J. Dor. — Cette malade, atteinte de brûlures graves des membres inférieurs insuffisamment surveillées, fit une rétraction aiguë des jambes sur les cuisses. Il ne fallut pas moins de neuf interventions, soit de greffes, soit de résection de zone cicatricielle, pour obtenir une guérison de fort bonne qualité. L'auteur insiste sur deux points : l'utilité de la pénicilline pour la prise des greffes, et la nécessité de réséquer tout le tissu cicatriciel avant de placer des greffons, pour empêcher les rétractions itératives.

Séance du 9 décembre 1946

Ostéite fracturaire du tibia. Intervention chirurgicale et pénicillothérapie. Cicatrisation en vingt jours. — M. A. Caire. — Dans un cas d'ostéomyélite fracturaire du tibia, datant de un an, l'excision large des tissus infectés et des parties molles, effectuée sous le couvert de la pénicillothérapie, a permis d'obtenir la cicatrisation complète en vingt jours. Elle se maintient à ce jour. La pénicilline, par son action bactériostatique, permet sans risque de diffusion infectieuse une excision large des tissus peu ou mal vascularisés. Par ailleurs, le fait que seuls restent des tissus bien vascularisés permet à la pénicilline d'agir avec le maximum d'efficacité. Stark, qui a utilisé largement la méthode, a obtenu 43 % de succès.

Désarticulation de la hanche par le procédé antichoc sous perfusion sanguine chez un homme de 65 ans. — M. Salmon. — Histoire d'un homme qui, cinquante ans après une première atteinte d'ostéomyélite au niveau du grand trochanter, fait une rechute au même niveau qui s'est compliquée d'arthrite purulente de la hanche avec luxation pathologique.

Malgré le traitement à la pénicilline, l'état s'aggrave et il est formellement indiqué de désarticuler la hanche. Cette intervention est effectuée suivant le procédé antichoc de Huard et Montagne, sous perfusion sanguine de 1.200 grammes de sang, plus 1.200 grammes de sérum. Guérison.

L'auteur insiste sur la longueur de l'intervalle libre, quarante-cinq ans, entre la première atteinte et la rechute de l'ostéomyélite, sur les avantages de la perfusion sanguine et de la pénicillothérapie qui a certainement joué un rôle.

Luxation traumatique du genou. — M. Guidoni. Rapporteur : M. Salmon. — Luxation complète du genou avec déchirure de tous les ligaments à l'exception du ligament rotulien. Réduction orthopédique sous rachianesthésie. L'auteur insiste sur la rareté d'une telle lésion et discute la thérapeutique des séquelles possibles. Malgré l'étendue des arrachements ligamentaires, on observe fréquemment une restitution *ad integrum*, de telle sorte que les opérations de Hey-Groves ou similaires sont assez rarement indiquées.

Séance du 16 décembre 1946

De l'amputation de Ricard. — M. Chippeaux. Rapporteur : M. Assali.

Plaie transfixiante du canal rachidien sans lésion de la moelle. — MM. Ovary, Lecoanet et Chippeaux.

Sténose duodénale sous-vatérienne chez un nourrisson. Intervention. Guérison. — MM. P. Artaud, Rastit et Aubanel.

Séance du 23 décembre 1946

Mésentérite sclérosante rétractile. — M. Mosinger.

Séance du 6 janvier 1947

Indications techniques et résultats de la pancréatectomie gauche. — M. Mallet-Guy.

Séance du 13 janvier 1947

Fracture du calcaneum. Enfoncement du thalamus troisième degré. Essai de réduction orthopédique. Echec. Greffe. Guérison. — MM. Salmon et Montfort. — Fracture du calcaneum par choc direct, de bas en haut (explosion sous un wagon de chemin de fer) Angle de Bühler inversé. Un essai de réduction orthopédique avec modelage à l'étau n'apporte aucune amélioration. Intervention sanglante, relèvement du thalamus. Mise en place de greffons, suivant la technique de Mondor-Mutricy. Résultats cliniques et radiologiques excellents. L'angle de Bühler est identique des deux côtés.

Les auteurs insistent sur les avantages de l'intervention sanglante dans les fractures du calcaneum par enfoncement du thalamus.

Radiographie des artères de l'appareil urinaire — présentation de films. – MM. Salmon, Grisoli, Henry et Guidoni présentent divers clichés radiographiques pris sur plusieurs cadavres dont le système artériel a été injecté par la carotide. Leurs conclusions confirment les données classiques. Ils insistent sur la fréquence des anomalies des artères rénales dont quelques-unes quelquefois ne sont pas « terminales » et montrent l'importance de l'artère urétérique principale dans l'irrigation de l'uretère.

Fractures des deux os de l'avant-bras traitée par enclouage centro-médullaire. (Présentation de radiographies), — M. Roudil.

PRÉSENTATION D'APPAREIL

Tomographe adaptable et amovible, par MM. Delorme, Sens et Kourilsky.

L'appareil présenté par les auteurs à la Société de la Tuberculose, le samedi 8 mars 1947, a été mis au point avec le concours de l'atelier central de radiologie de l'Assistance Publique, afin de pallier à l'impossibilité où se trouvait le Centre de Phtisiologie Noix à se procurer un tomographe de quelque fabrication que ce soit.

C'est un appareil simple qui peut s'adapter en quelques minutes à une table basculante de n'importe quel modèle.

Il est constitué essentiellement par un châssis vertical (en l'espèce, un ancien paravent protecteur de Belot) transformé et muni d'un bras qui s'articule au porte-ampoule.

Un petit système moteur électrique assure le fonctionnement.

Les projections de photographies de l'appareil et des tomographies obtenues montrent la simplicité et l'efficacité du système.

Travail du Service du professeur agrégé Kourilsky.

NOTE

sur la répartition de la streptomycine (1)

Les Américains ayant bien voulu mettre à la disposition de la France un contingent plus important de streptomycine, de nouveaux centres de traitement ont pu être créés.

La liste suivante donne toutes indications utiles sur l'adresse des établissements actuellement attributaires et la circonscription territoriale qu'ils desservent.

Centre de Bordeaux : Adultes, hôpital Pellegrin ; Enfants, hôpital-hospice des Enfants. — Départements rattachés : Aveyron, Ariège, Charente, Charente-Maritime, Corrèze, Creuse, Deux-Sèvres, Dordogne, Haute-Garonne, Gers, Gironde, Landes, Lot, Lot-et-Garonne, Basses-Pyrénées, Hautes-Pyrénées, Tarn, Tarn-et-Garonne, Haute-Vienne, Vienne.

Lille : Enfants et adultes, Institut Pasteur. — Nord, Pas-de-Calais.

Lyon : Enfants, hôpital Edouard-Herriot ; adultes, hôpital de la Croix-Rousse. — Ain, Allier, Ardèche, Cantal, Côte-d'Or, Doubs, Drôme, Isère, Jura, Loire, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Rhône, Saône-et-Loire, Savoie, Haute-Savoie.

Marseille : Adultes, hôpital de la Timone ; enfants, hôpital de la Conception. — Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes, Aude, Bouches-du-Rhône, Corse, Gard, Hérault, Lozère, Pyrénées-Orientales, Var, Vaucluse.

Nancy : Enfants et adultes, hôpital Maringer. — Ardennes, Belfort (territoire de), Haute-Marne, Meuse, Meurthe-et-Moselle, Moselle, Haut-Rhin, Bas-Rhin, Haute-Saône, Vosges.

Nantes : Enfants et adultes, Hospice Général. — Côtes-du-Nord, Finistère, Ille-et-Vilaine, Indre-et-Loire, Loire-Inférieure, Maine-et-Loire, Mayenne, Morbihan, Vendée.

Paris : Adultes, hôpital Claude-Bernard ; enfants, Trousseau, Enfants-Malades. — Aisne, Aube, Calvados, Cher, Eure, Eure-et-Loir, Indre, Loir-et-Cher, Loiret, Manche, Marne, Nièvre, Oise, Orne, Sarthe, Seine, Seine-et-Oise Seine-et-Marne, Seine-Inférieure, Somme, Yonne.

Des centres sont organisés à Alger, Casablanca, Tunis.

Cependant la rareté encore trop grande du médicament exige que les règles primitivement édictées pour son emploi soient scrupuleusement observées. En particulier, le médicament doit être utilisé dans les seuls services désignés par la Commission de la streptomycine. Toute délivrance de ce produit pour le traitement de malades hors de l'établissement attributaire est rigoureusement interdite. Il en est de même de la cession de service à service.

Toutes instructions utiles ont été données pour que, sans considération de classe sociale, les malades justiciables de la streptomycine puissent être admis en urgence au centre auquel ils sont rattachés, si l'approvisionnement de celui-ci le permet.

En vue de l'admission de ces malades, les médecins traitants devront se mettre en rapport, compte tenu des dispositions indiquées ci-dessus, avec les chefs de service intéressés à qui il appartiendra de statuer. La demande devra être adressée avant présentation du malade. Elle comportera toutes justifications cliniques et biologiques utiles.

D'autre part, comme par le passé, la streptomycine doit être réservée aux cas de haute gravité sur lesquels d'autres thérapeutiques (pénicilline ou sulfamides) seraient sans effet. Son usage est en particulier autorisé dans les :

Infections à « Hemophilus influenzae » (bacille de Pfeiffer), spécialement dans les septicémies, méningites et pneumopathies graves ;

Infections à « Klebsiella pneumoniae » (bacille de Friedländer), spécialement dans les septicémies, méningites et pneumopathies graves ;

Septicémies et méningites à « Bacillus proteus » ;

Septicémies et méningites à « Escherichia coli » (colibacille) ; les autres localisations de ce germe, en particulier les localisations urinaires, étant totalement exclues ;

Tularémie ;

Pasteurelloses ;

Peste (encore à l'étude).

Par contre, l'emploi de la streptomycine est actuellement interdit dans toutes les autres infections qui ont peu ou mal répondu à l'administration du médicament. Ceci est, en particulier, le cas de la tuberculose (spécialement dans les localisations pulmonaires et viscérales chroniques et subaiguës).

(Communiqué du ministère de la Santé publique, Service central de la Pharmacie, 2e bureau, 46, rue Cardinet, Paris, 17e.)

(1) Cf. « Gaz. Hôp. », n° 6, 8 févr. 1947, p. 98.

Nécrologie

— Nous apprenons la mort de M. Louis Tixier, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Lyon, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de Médecine et de l'Académie de Chirurgie, décédé à Lyon, le 30 mai.

— On annonce la mort de M. Alfred Boquet, chef de service à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de Médecine, officier de la Légion d'honneur.

— Le Dr Charles Mantoux, ancien interne des hôpitaux de Paris (1899), à Cannes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Compte rendu succinct de la séance du 4 mai 1947 du Comité de coordination et du Comité intersyndical des médecins de la région parisienne

Le Comité de coordination des Conseils départementaux de l'Ordre et le Comité intersyndical des médecins de la région parisienne, se sont réunis le dimanche 4 mai 1947, à leur siège social, 28, rue Serpente, à Paris, sous la présidence du Dr Debuirre.

Les relations des Syndicats médicaux de la région avec les Caisses de Sécurité sociale ont fait l'objet d'un long échange de vues. Aucun changement appréciable n'est survenu dans ces relations depuis la signature du protocole d'accord Confédération des Syndicats médicaux-Fédération nationale des organismes de Sécurité sociale (F. N. O. S. S.). Confirmation a été donnée de la présentation des candidatures des Drs Dupas (Seine) et Mouthon (Seine-et-Oise), par les Syndicats médicaux de la Seine, de la Seine-et-Oise et de la Seine-et-Marne pour l'élection des deux représentants du Corps médical au Conseil d'administration de la Caisse primaire centrale de Sécurité sociale de la région parisienne, élection qui doit avoir lieu par correspondance dans la semaine du 12 au 18 mai 1947.

Une partie de la séance a été consacrée à la question de l'assurance vieillesse des non-salariés et plus spécialement des médecins. Il paraît de plus en plus probable qu'on s'oriente vers la création d'une Caisse d'assurance vieillesse commune aux professions organisées en ordre, avec sections largement autonomes pour chaque profession. Les assistants ont été unanimes à regretter que, malgré les promesses faites le 28 mars 1947 devant le Parlement, le problème de l'assurance vieillesse des non-salariés n'ait pas encore reçu de solution et que l'étude en ait été renvoyée à une Commission de 43 membres où les représentants des non-salariés ne sont qu'au nombre de 16, dont 3 pour les professions libérales.

De nombreuses questions ont encore été débattues au cours de la séance, et parmi les plus importantes, celles ayant trait à la création de dispensaires de soins par les Caisses, les Comités d'entreprises et les municipalités, à la médecine du travail et à l'alignement très prochain des honoraires d'A. M. G. sur les tarifs de responsabilité des caisses.

Les médecins les allocations familiales et la baisse

L'ensemble des Syndicats cantonaux de l'Association syndicale des médecins de la

banlieue E. S. de Paris a adopté le texte suivant :

« Considérant l'injustice flagrante qui exclut les médecins du bénéfice de la loi du 31 mars 1947 ;

Considérant que, déjà, cette augmentation de 10 % des allocations familiales est dérisoire en face de l'augmentation invraisemblable des charges familiales actuelles, spécialement pour les familles vraiment nombreuses ;

Considérant que les enfants de médecins coûtent au moins autant que tout enfant de salarié ;

Considérant les cotisations extrêmement lourdes payées par les médecins au titre des allocations familiales et l'iniquité inqualifiable qui les exclut de l'allocation dite « de salaire unique » ;

« Décident de ne plus appliquer les diminutions de 5 % édictées par le ministère de l'Economie nationale (diminutions qu'ils ont pratiquées dans un large esprit de solidarité sociale et nationale à l'appel de la B. E. S.) tant que les monstrueuses iniquités ci-dessus persisteront. »

Communiqué de l'Institut Pasteur

L'Institut Pasteur, très fréquemment sollicité de pratiquer des examens bactériologiques, chimiques, parasitologiques ou sérologiques, de caractère courant, rappelle qu'il ne lui appartient pas, en raison de sa définition statutaire et de ses buts, de pratiquer de tels examens qui relèvent de la compétence réglementée et patentée des laboratoires ouverts à la clientèle privée.

L'Institut Pasteur entend ne faire aucune concurrence à ces laboratoires et ne donnera pas de suite aux demandes qui lui seraient adressées en vue d'examens de cette nature.

Toutefois, l'Institut Pasteur est à la disposition de MM. les Médecins et de MM. les Vétérinaires qui feraient appel à lui pour des analyses dont les résultats auraient été contestés ou impliqueraient une mise au point, ou encore pour pratiquer des examens d'un caractère très particulier nécessitant des compétences et un outillage spéciaux.

Le tarif de ces analyses sera établi d'après les barêmes de prix en usage courant.

A propos des accidents survenus à l'hôpital Beaujon

Le Syndicat des Médecins électro-radiologistes des Hôpitaux communique :

« Les accidents survenus à l'hôpital Beaujon, que certains journaux de la grande presse ont cru devoir imputer aux services médicaux de cet hôpital, ne font que confirmer les désirs clairement exprimés depuis plusieurs années par le Corps médical d'une modernisation du matériel radiologique et, d'autre part, d'une réorganisation du recrutement des infirmières spécialisées. Ils démontrent la nécessité impérieuse d'améliorer le traitement de certaines classes d'infirmières à responsabilité importante (manipulatrices de radiologie, panseuses des salles d'opération, laborantines, infirmières chargées des nourrissons) afin de permettre un recrutement plus sévère et une meilleure sélection. Le Corps médical hospitalier regrette que les demandes réitérées du Directeur général de l'Assistance publique au ministère des Finances concernant cette réforme n'aient jamais pu recevoir satisfaction. »

Le traitement des internes des hôpitaux de Paris

On annonce que M. le Ministre des Finances, saisi de la réclamation du Comité de l'Internat, a décidé, à titre provisoire, de porter le traitement de base des internes à 9.000 et 12.000 francs (au lieu de 6.000). Une indemnité de logement de 15.000 francs par an est également prévue.

La question serait envisagée à nouveau lorsque le statut de l'internat en préparation sera voté.

COURS
sur les affections blennorragiques

Le Cours aura lieu à l'Amphithéâtre de Physique de la Faculté de médecine, chaque jour, à 18 heures, du 5 au 27 juin 1947 et sera sanctionné par un examen donnant droit à un diplôme.

Programme :

Jeudi 5 juin 1947. — Introduction à l'étude de la blennorragie : Prof. Fey. — Allure générale de la gonococcie : Dr Durel.

Vendredi 6 juin. — Gonococcie et laboratoire : Dr Ratner.

Samedi 7 juin. — Urétrite masculine aiguë et para-urétrite : Dr Lardat.

Lundi 9 juin. — Complications tardives de la blennorragie masculine : Dr Dossot.

Mardi 10 juin. —Urétroscopie : Dr Thévenard.

Mercredi 11 juin. — Les urétrites non gonococciques. Les diagnostics de la blennorragie : Dr Thévenard.

Jeudi 12 juin. — Traitements généraux de la blennorragie (chimiothérapie) : Dr Durel.

Vendredi 13 juin. — Traitements généraux de la blennorragie (vaccins et pénicilline) : Dr Durel.

Samedi 14 juin. — Traitements locaux de la blennorragie masculine : Dr Barbellion.

Lundi 16 juin. — Schématisation du traitement de la blennorragie masculine. Epreuves de guérison : Dr Giard.

Mardi 17 juin. — Généralités sur la gonococcie féminine : Prof. Mocquot.

Mercredi 18 juin. — Blennorragie urétrovulvaire : Dr Durel.

Jeudi 19 juin. — Métrites : Dr Durel.

Vendredi 20 juin. — Annexites : Dr Palmer.

Samedi 21 juin. — Rhumatisme blennorragique : Prof. Coste.

Lundi 23 juin. — Autres localisations de la blennorragie : Dr Giard.

Mardi 24 juin. — Point de vue juridique et social : Dr Durel.

Jeudi 26 juin. — Schématisation du traitement de la blennorragie féminine : Dr Béclère.

Vendredi 27 juin. — Traitement local de la blennorragie féminine. Diathermo-coagulation : Dr Béclère.

Samedi 28 juin. — Revision et discussion.

L'enseignement pratique sera assuré par des stages dans les services spécialisés.

Inscription limitée à 50 participants, réservée aux docteurs en médecine, aux internes des hôpitaux de Paris et de l'hôpital Saint-Lazare, aux étudiants titulaires de 24 inscriptions.

Inscription au Secrétariat de la Faculté, Guichet IV, de 14 à 16 heures, les lundis, mercredis et vendredis. — Droits : 1.200 francs.

Conférences sur des actualités de bactériologie médicale

M. le professeur Gastinel organise une série de conférences avec la collaboration de MM. les professeurs Fernand Bezançon, Levaditi, Mollaret, docteurs Delaunay, de l'Institut Pasteur ; Fasquelle, agrégé ; Lwoff, de l'Institut Pasteur ; Névot, chef des travaux à la Faculté.

Elles auront lieu à l'Amphithéâtre Vulpian, à 18 heures, les mardi, jeudi, vendredi, à partir du mardi 3 juin 1947, selon le programme suivant :

Mardi 3 juin. — Prof. F. Bezançon : A propos du problème de la virulence du bacille de Koch.

Jeudi 5 juin. — Dr Lwoff : Les facteurs de croissance et l'évolution des micro-organismes.

Vendredi 6 juin. — Prof. Levaditi : La streptomycine.

Mercredi 11 juin. — Prof. P. Gastinel : Immunité et syphilis expérimentale.

Jeudi 12 juin. — Dr Delaunay : Interactions bactéries-phagocytes au sein de l'organisme infecté.

Vendredi 13 juin. — Dr Fasquelle : Les facteurs de diffusion.

Mardi 17 juin. — Prof. Mollaret : Les nouvelles leptospiroses.

Jeudi 19 juin. — Dr Névot : Le problème bactériologique des toxi-infections alimentaires.

Collège de France. Conférences de la Fondation Michonis. — M. Hans Selye, directeur de l'Institut de médecine et de chirurgie expérimentale de Montréal, fera au Collège de France une série de six conférences qui auront lieu les vendredi 23, mardi 27, vendredi 30 mai, mardi 3, vendredi 6 et mardi 10 juin 1947, à 17 h. 1/2, dans la salle 5, sur le sujet suivant : Le syndrome général de l'adaptation et les maladies de l'adaptation.

Hospice civil Foch
Rue Worth, Suresnes

Service du prof. agr. Kourilsky (semaine du 26 au 31 mai 1947). — Mardi 27 mai, à 9 h. 30 : Dr Bidermann. Tuberculose aiguë pneumonique, broncho-pneumonique ; 10 h. 30 : Prof. Kourilsky. Présentation de malades.

Mercredi 28 mai, à 9 h. 30 : Prof. Kourilsky. Cours de physiologie pathologique. Régulation de la respiration.

Vendredi 30 mai, à 9 h. 30 : Dr Regaud. Tuberculose pleurale ; 10 h. 30 : Prof. Kourilsky. Présentation de malades.

Samedi 31 mai, à 9 h. 30 : Prof. Kourilsky. Consultation externe. Présentation de malades.

LIVRES NOUVEAUX

Essai sur Francis Bacon. Ses opinions sur la Médecine, par A. Herpin (avec une préface du professeur Léon Binet, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine), 1 vol. In-8° de 81 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils et Librairie philosophique J. Vrin, 1947.

Les travaux très remarqués de notre confrère Herpin dans le domaine de la pathologie externe, de l'anatomie, de l'embryologie, sa grande expérience de stomatologiste l'ont toujours montré doué au plus haut point du « penser physiologique » nécessaire à tout médecin véritable.

Il y joint à un degré également élevé la curiosité philosophique et historique ; ses originales études d'histoire médicale du XVIe siècle sur William Gilbert, sur la découverte de la circulation en ont amplement témoigné. C'est à nouveau la médecine du XVIe siècle qui le sollicite aujourd'hui en la personne si curieuse — si critiquable à certains égards — du chancelier Francis Bacon.

Dans le « De dignitate et argumentis scientiarum », le grand philosophe a jugé la médecine de son temps et établi un « programme philosophique » pour le développement d'une médecine vraiment scientifique.

C'est pour M. Herpin l'occasion d'un excellent essai où sont mises en parallèle les médecines des diverses époques, les influences et les conceptions de Descartes et de Bacon, l'induction et la déduction, la scolastique, l'observation et l'expérience.

Sur bien des points, Bacon se montre un précurseur par la pénétration de la critique et la puissance de précision, un guide aussi, pour le choix des routes de la pensée. Adressées aux médecins de son temps et inspirées par eux, les critiques de Bacon sont pourtant de celles que les médecins de tous les temps ont avantage à ne pas ignorer ; la remarquable étude de M. Herpin en facilitera la méditation aux médecins d'aujourd'hui et elle ne manquera pas de les intéresser. F. L. S.

Séméiologie radiologique, par Ch. Guilbert et Ch. Frain. Préface du professeur Harvier. Un vol. in-4° de 200 pages, avec 400 radios et schémas dans le texte, 980 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris (6e).

Le radiodiagnostic est devenu, à l'heure actuelle, le plus important des éléments de la séméiologie médicale. Cependant, quand un jeune étudiant arrive dans un service hospitalier, il en ignore les premiers principes, et il ne peut pas toujours se perfectionner durant ses études médicales.

C'est pourquoi les conférences organisées par le Dr Ch. Guilbert, à l'hôpital Lariboisière, pour les externes du service et auxquelles assistaient de nombreux omni-praticiens, ont été réunies en un volume largement illustré.

La séméiologie radiologique ne s'adresse pas aux spécialistes qui ont la maîtrise de leur spécialité.

Elle est destinée à montrer aux débutants les principaux éléments du diagnostic radiologique.

M. le professeur Harvier annonce dans la préface de ce livre la création d'un enseignement de la radiologie à la Faculté.

C'est une chose faite. Le très bel ouvrage de MM. Guilbert et Frain sera, à n'en pas douter, un précieux instrument de travail pour les étudiants qui suivent les cours de la nouvelle chaire de radiologie médicale. L. G.

Dépôt légal. — 1947. 2e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

RÉPARTITION DES SERVICES HOSPITALIERS

N° 23. — SAMEDI 7 JUIN 1947 120e ANNÉE Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an. France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Cheques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

HOPITAUX DE PARIS

Médecins des hôpitaux. — Le concours de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Albert Netter, Bouvrain et Mallet.

Assistants d'électro-radiologie. — Le concours (1947), pour trois places, s'est terminé par la nomination de MM. Hanoune, Antoine et Nicolau.

Assistants en stomatologie. — Le concours (1947), pour deux places, s'est terminé par la nomination de MM. Descroizilles et Bard.

Concours pour trois places de médecin des hôpitaux (1947)

Jury : MM. les docteurs Tzanck, Laederich (honoraire), Ravina (André), Alajouanine, Justin-Besançon, Sézary (honoraire), Pasteur Vallery-Radot, Benda, Touraine, Marquézy, Mouquin, Lian, médecins.

Troisième concours pour une place de chirurgien des hôpitaux (1947)

Jury : MM. les docteurs Ménégaux, Toupet, Funck-Brentano, Bazy, Leveuf, Fèvre, Picot (honoraire), Thalheimer, Maurer, Deniker (honoraire), chirurgiens) ; Mme Bertrand-Fontaine, médecin.

Concours pour une place de gynécologue-accoucheur

Jury : MM. les docteurs Lévy-Solal, Cleisz, Sureau, Suzor, Ecalle, Vignes, Séguy, gynécologues-accoucheurs ; Decourt, médecin ; Bréchot, chirurgien.

Concours pour deux places d'aide d'anatomie

Jury : MM. les docteurs Braine, Lortat-Jacob, Sorrel, chirurgiens ; Tardieu, médecin.

Concours spécial de l'internat en médecine

Jury de l'oral : MM. les docteurs Mollaret, Gautier, Facquet, Julien Marie, Louis Ramond (honoraire), médecins ; Bernard-Raymond, Poilleux, Deniker, Leveuf, chirurgiens ; Lévy-Solal, accoucheur.

Concours d'internat des hôpitaux communaux et intercommunaux de la Seine et de la Seine-et-Oise

PATHOLOGIE MÉDICALE

QUESTION SORTIE. — 7. Signes et diagnostic de la maladie de Hodgkin.

QUESTIONS RESTÉES DANS L'URNE. — 1. Symptômes et évolution du tabes ; 2. Symptômes et diagnostic de l'érythème noueux ; 3. Signes et diagnostic de la pneumonie caséeuse ; 4. Signes et évolution de la cirrhose de Laënnec ; 5. Signes et diagnostic des pyélonéphrites aiguës ; 6. Signes, diagnostic et étiologie des œdèmes des membres inférieurs ; 8. Symptômes, évolution et diagnostic des artérites des membres inférieurs ; 9. Signes, diagnostic et pronostic de l'infarctus du myocarde.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

QUESTION SORTIE. — 6. Hernies ombilicales.

QUESTIONS RESTÉES DANS L'URNE. — 1. Diagnostic des métrorragies à la ménopause ; 2. Les cancers du colon gauche ; symptômes, diagnostic et indications thérapeutiques sans la technique chirurgicale ; 3. Panaris du pouce et leurs complications ; 4. Examen clinique d'un blessé atteint de plaie pénétrante de l'abdomen et indications thérapeutiques ; 5. Cholécystites aiguës, symptômes, diagnostic et indications thérapeutiques ; 7. Diagnostic des hématuries rénales ; 8. Symptômes et évolution du mal de Pott dorso-lombaire chez l'adulte ; 9. Torsion et dégénérescence maligne des kystes de l'ovaire.

ANATOMIE

QUESTION SORTIE. — 1. Artère sous-clavière gauche sans la description des branches.

QUESTIONS RESTÉES DANS L'URNE. — 2. Artères de la main ; 3. Ménisques du genou. Anatomie descriptive. Rapports et physiologie ; 4. Lobe gauche du corps thyroïde. Anatomie et physiologie sans l'histologie ; 5. Vessie chez la femme. Anatomie et embryologie. Sans l'histologie ni la physiologie ; 6. Canal déférent sans la physiologie ni l'histologie ; 7. Nerf glosso-pharyngien à partir de l'origine apparente. Anatomie et physiologie ; 8. Muscle quadriceps crural avec sa physiologie ; 9. Ligament large.

Asile national des convalescents à Saint-Maurice (ex-asile de Vincennes)

Un concours d'internat (médecine générale), cinq places, aura lieu le 26 juin 1947. Inscriptions au secrétariat de l'Asile national des convalescents, 14, rue du Val-d'Osne, à Saint-Mandé (Seine), jusqu'au 14 juin 1947.

Les internes sont logés, nourris, chauffés, éclairés et blanchis et reçoivent une indemnité annuelle de 24.000 francs pour la première année, puis de 27.000 et 30.000 francs.

Facultés de médecine

Paris. — Le titre de professeur honoraire à la Faculté de médecine de l'Université de Paris est conféré à M. Lhermitte, ancien professeur agrégé de cette Faculté.

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Monod-Broca, Robert, Méary, Chevillotte, Auvert, Weber, Merlier et Aurousseau.

Alger. — L'Institut d'hygiène et de médecine coloniale de l'Afrique du Nord à l'Université d'Alger prend désormais le nom d'Institut d'hygiène et de médecine d'Outre-mer.

Bordeaux. — La place d'agrégé d'anatomie générale et histologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux a été déclarée vacante (J. O., 24 mai 1947).

La chaire de toxicologie et hygiène appliquée de la même Faculté (dernier titulaire M. Labat), est déclarée vacante (24 mai 1947).

Montréal. — M. Masson, professeur des Facultés de médecine des Universités des départements, détaché auprès du ministère des Affaires étrangères pour exercer les fonctions de professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (Canada) est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite pour ancienneté d'âge et de services, à compter du 1er janvier 1946.

EDUCATION NATIONALE

Etudes médicales

Examens de fin d'année. — Le J. O. du 22 mai publie le décret n° 47-888 du 20 mai 1947 modifiant l'article 23 du décret du 6 mars 1934 relatif à la réforme des études médicales (épreuves théoriques écrites et orales, épreuves pratiques).

En voici le texte :

« Article premier. — Les troisième, quatrième et cinquième paragraphes de l'article 23 du décret du 6 mars 1934 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Au premier et au deuxième examens de fin d'année, nul ne peut être admis à subir les épreuves théoriques orales s'il n'a obtenu la moitié du maximum des points pour l'ensemble des deux épreuves écrites. Nul ne peut être déclaré définitivement reçu au premier examen de fin d'année s'il n'a obtenu la moitié du maximum des points pour l'ensemble des épreuves théoriques écrites et théoriques orales de l'examen.

« Nul ne peut être déclaré définitivement reçu au deuxième examen de fin d'année s'il n'a obtenu la moitié du maximum des points pour l'ensemble des épreuves théoriques écrites et théoriques orales de l'examen et une note égale ou supérieure à **5** pour chacune des épreuves pratiques qui sont indépendantes des épreuves théoriques.

« Toutefois, à ces deux examens de fin d'année, une note inférieure à **3** à une épreuve théorique écrite ou théorique orale entraîne l'ajournement du candidat.

« Tout candidat qui échoue à la session de juin-juillet aux épreuves orales du premier ou du deuxième examen de fin d'année conserve le bénéfice de son succès aux épreuves théoriques écrites pour la session d'octobre-novembre. L'admissibilité aux épreuves théoriques orales de ces deux mêmes examens acquise à la session d'octobre-novembre ne vaut que pour cette session.

« Tout candidat au deuxième examen de fin d'année n'ayant pas obtenu à la session de juin-juillet pour chacune des épreuves pratiques une note égale ou supérieure à **5** conserve, pour la session d'octobre-novembre, le bénéfice des épreuves subies avec succès. En cas d'échec à la session d'octobre-novembre, il est renvoyé à la session de juin-juillet de l'année suivante et doit subir à nouveau toutes les épreuves de l'examen. »

Art. 2. — Les dispositions du présent décret sont applicables à compter de la session d'examen de juin-juillet 1947.

Hygiène scolaire et universitaire

Des Instituts d'hygiène scolaire et universitaire sont rattachés aux Facultés de médecine de Nancy, Lille et Lyon.

Il est créé dans les Facultés de médecine de Lille et Lyon un diplôme d'études supérieures d'hygiène scolaire et universitaire. (J. O., 24 mai 1947).

La visite médicale d'inscription dans les écoles. — Comme suite aux dispositions de l'ordonnance du 18 octobre 1945 et du décret d'application du 26 novembre 1946, sur la protection de la santé des enfants d'âge scolaire, la visite médicale d'admission dans les écoles devient obligatoire pour tout enfant dans la sixième année de son âge.

Un arrêté du 25 mars 1947 a fixé les modalités de convocation des assujettis. Les parents sont tenus de conduire ceux de leurs enfants nés entre le 1er octobre 1940 et le 30 septembre 1941 au Centre médico-scolaire de leur circonscription (ou au local qui en tient lieu) Un certificat sera délivré qui sera exigé au même titre que les certificats de vaccination antivariolique et antidiphtérique lors de l'inscription de l'enfant dans un établissement public ou privé du 1re degré.

Cet examen, qui est gratuit, tient lieu de troisième examen de santé de la Sécurité sociale. Il a pour objet d'établir, au seuil de la période scolaire, un premier bilan sanitaire de l'enfant, point de départ solide de la surveillance médicale régulière dont celui-ci sera ensuite l'objet jusqu'à sa sortie de l'école.

La portée de cette mesure ne saurait être minimisée ; non seulement elle vient opportunément combler une des premières lacunes que laissait subsister la protection de l'Enfance, et ajouter un troisième examen aux deux déjà prévus avant l'âge scolaire, réalisant ainsi un contrôle plus étroit, mais cette visite doit permettre le dépistage précoce et systématique des enfants malades ou des anormaux.

Ainsi se trouvera réalisée une enquête permanente sur l'état sanitaire de l'enfance d'âge scolaire.

SANTE PUBLIQUE

Le contrôle de l'hygiène des établissements de natation et autres lieux de baignade

Le ministre de la Santé publique et le ministre de la Jeunesse viennent d'adresser à MM. les Préfets une circulaire et un projet d'arrêté préfectoral concernant les établissements de natation et autres lieux de baignade. Cet arrêté vise notamment l'épuration de l'eau par les établissements, sa protection, les douches auxquelles devront se soumettre les baigneurs avant d'entrer dans les piscines et les précautions à prendre pour les w.-c.

Le renouvellement de l'eau devra se faire en moins de six heures, enfin les parois des piscines seront décrassées.

Des mesures appropriées devront être prises pour les baignades en rivière, en lac ou en mer.

Enfin les chefs de laboratoire chargés des analyses devront analyser l'eau des piscines, faire le dosage approximatif du chlore libre et des chlorures et rechercher obligatoirement le colibacille.

(J. O., 25 mai 1947.)

Association pour le développement des relations médicales (A.D.R.M.)

Au cours de la dernière réunion du Conseil d'administration de l'A.D.R.M., le professeur Fernand Lemaître a entretenu ses collègues des résultats déjà obtenus dans la création de comités médicaux avec les pays étrangers. Les comités France-Grande-Bretagne et Grande-Bretagne-France, France-Suisse et Suisse-France sont organisés et assureront dorénavant les relations médicales de tous ordres entre ces pays et la France.

Le docteur Ravina, l'actif président du comité France-Tchécoslovaque, a annoncé, pour les 8, 9 et 10 juin prochains, l'arrivée à Paris d'une centaine de médecins tchécoslovaques qui participeront aux Journées médicales franco-tchécoslovaques. Ces Journées se termineront par un voyage en autocar aux lieux du débarquement allié en Normandie.

A la demande du Service des Relations culturelles du ministère des Affaires étrangères, l'A.D.R.M. a réuni une importante documentation sur les cours de la Faculté de médecine, les périodiques médicaux et les principaux ouvrages médicaux récemment parus qui a été expédiée au représentant de la France en Amérique centrale.

L'activité du Bureau de Renseignements de l'A.D.R.M. reste très grande : médecins et étudiants de toutes nationalités viennent ou écrivent, soit pour obtenir le diplôme universitaire de la Faculté de médecine de Paris, soit pour suivre des cours de perfectionnement. L'A.D.R.M. se charge de les renseigner, de les guider et de leur faciliter, dans la mesure du possible, leur séjour à Paris.

Journées médicales franco-tchécoslovaques

Ces Journées auront lieu à Paris, du 10 au 12 juin prochain. La séance inaugurale aura lieu le mardi 10 juin, à 9 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine. Le soir, banquet au Cercle interallié. Le 11 juin, à 16 heures, le Conseil municipal de Paris recevra nos hôtes à l'Hôtel de Ville.

Aux conférences, aux visites dans les hôpitaux, s'ajoutera un pèlerinage de quatre jours en Normandie, aux champs de bataille et aux plages du débarquement de 1944.

S'inscrire sans retard auprès du Dr Diriart, secrétaire de l'Association médicale franco-tchécoslovaque, 20, rue Raynouard, à Paris (16e).

Renseignements

Encyclopédie médico-chirurgicale, 24 volumes, état neuf, tenus à jour. Dr J. Gay, à Excideuil (Dordogne).

Instruments d'obstétrique à vendre. — S'adresser au Dr P. A. Lop, 18, rue Estelle, à Marseille.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE, ASSISTANTS INTERNES ET EXTERNES

(JUIN 1947)

LISTE DES HOPITAUX *(Pour trouver un hôpital se reporter à l'initiale indiquée)*

Ambroise-Paré (Boileau)	O	Debrousse	AH	Ménages (Corentin-Celton)	AD
Annexe Grancher (Saint-Louis)	P bis	Enfants-Malades	E	Necker	D
Antoine-Chantin	AM	Garches (R.-Poincaré)	AK	Neuilly	AO
Baudelocque	S	Hendaye	AP	Pitié	B
Beaujon-Clichy	G	Hérold	X	Salpêtrière	AB
Bicêtre	AA	Hôtel-Dieu	A	Sainte-Anne	AL
Bichat	K	Ivry	AC	Saint-Antoine	C
Boucicaut	M	Laënnec	J	Saint-Louis	P
Bretonneau	W	Lariboisière	H	Saint-Vincent-de-Paul (ex-Enfants-assistés)	Z
Brévannes	AQ	La Rochefoucauld	AE	Sainte-Périne	AF
Broca	Q	Léopold-Bellan	AQ	Suresnes	AJ et AR
Broussais-La Charité	L	Maison Municipale de Santé	Y	Tarnier	T
Chardon-Lagache	AG	Manin	AN	Tenon	I
Claude-Bernard	U	Marmottan	AI	Trousseau	V
Cochin	F	Maternité	R	Vaugirard	N

A. — HOTEL-DIEU. — 1. Médecin : Professeur Henri Bénard ; Assistant : Rambert (P.) ; Chefs de clinique : Mlle Feder, Coury, Zarachowitch, Chiche et Péquignot (dél.) ; Chefs de laboratoire : Mlle Tissier, Kaswin, Gadjos ; Moniteur : J. Benard.

Internes : Brihot, Mouzon ; Externes : Bénard, Mme Soulé, Deuguet, Louis (R.), Métaut, Guyard, Mlle Fidon, Brieou, Robert (M.), Bowin, Mlle Josse, Lalisse, Malizard, Pitchalshy, Le Goff (Y.), Ulmann, Finkelstein (J.).

2. Médecin : M. Garcin ; Assistant : Kipfer.

Internes : Mantoux, Fischgrund, Wissa-Wassef ; Externes : Gérard-Marchant, Mme Sauvalle, Maisse, Nedelec, Mlle Raveau, Benda, Margulès, Djindjian, Lemasson, Levy (J.-L.), Cotoni.

3. Médecin : M. Lambling; Assistant : Conte; Attaché : Soullard.

Internes : Richard, Feffer ; Externes : Bamberger, Guillard (J.), Duroselle, Arsac, Vivien, Jallut, Puyo, Casalis, Olivier (R.), Soulé (M.).

4. Médecin : M. Nicaud ; Assistant : Abel Laffitte.

Internes : Toulet, Nogrette ; Externes : Faugeron, Ferdmann, Latil, Bader, Jouveau-Dubreuil, Greninger, Deveiny.

5. Médecin : M. Bariéty ; Assistants : Cord, Hanaut, Paillas.

Internes : Couder, Villiaumey ; Externes : Moreau (Serge), Touche, Court, Barbier, Calmels, Pommier, Briant ; Centre de triage. — Externes : Lemoine, Forès.

6. Chirurgien : Professeur Brocq ; Assistants : Rudler, Poilleux ; Chefs de clinique : Hébert, Le Lorier, Boreau, Butet, Legendre (dél.) ; Chefs de laboratoire : Feyel, Vieillefosse.

Internes : Thierry, Ramadier, Monod, Houdard ; Externes : Mlle Kahn, Vergez, Valegeas, Nepveux, Delavault, Mlle Guénin, Mlle Barbet, Mlle Blas, Delmas, Dehelly, Chabraud, Lacuire, Lecharpentier, Deluzenne, Bernardini, Leconte, Stern, Cohen, Boulahia, Bismut.

Centre des tumeurs : Professeur Brocq ; Chef du service de rœntgenthérapie et curie : Nadal ; Attaché : Tailhefer ; Assistant : Salaün.

Interne : Edelman.

7. Accoucheur : M. Cleisz ; Assistant : Bret (Jules) ; Chef de laboratoire : Marquet.

Internes : Tronc, Robert ; Externes : Beaugrand, Baron (G.), Moreau, Trividir, Cavagna, Baron (J.), Mme Fourment.

8. Ophtalmologie. — Professeur Velter ; Assistant : Desvignes ; Attaché de consultation : Einholtz ; Attaché du service de réfraction : Moussette ; Chefs de clinique : Polliot, Blancard ; Moniteurs : Meaux, Gillet ; Chef de laboratoire : Offret.

Internes : Mlle Fontaine, Pinchon ; Externes : Rozet, Barbé, Iluc, Maurin, Blamoutier, Salmon, Mme Fargues.

9. Consultation de médecine. — M. Albeaux Fernet ; Assistant : Danel.

Internes : Bertagna, Cayla ; Externes : Serfati, Laurent, Manigand, Rouimi, Galoisy, Meyer, Castillon du Perron, Pebrier.

10. Consultation de chirurgie. — Professeur Brocq ; Assistant : Neyraud.

Externes : Naouri, Mlle Lhermitte, Dagneaux.

11. Stomatologie : M. Raison; Assistant : Bara ; Adjoint : Lepoivre.

Externes : Tiprez, Bretin.

12. Hydro-thermothérapie. — M. Joly.

13 Radiodiagnostic. — M. Lagarenne ; Assistant (ffon) : Testa (ffon) ; Attachés : Forestier (ffon), Blaquière (ffon) ; Adjoint : Gauillard, Hanoume (ffon) ; Assistante : Mme Delaplace ; Attachés : Arraud (ffon), Azoulay (ffon), Berthail (ffon).

Interne : Combet (Y.-Albert) ; Externes : Mlle Villiaumey, N., N.

B. — PITIE. — 1. Médecin : Professeur Lian ; Assistant : Siguier (Fred) ; Chefs de clinique : Weill, Callerot, Isal (dél), Danset (dél.), Alhomme (dél.) ; Chefs de laboratoire : Golblin, Minot, Welti, Baraige.

Internes : Joly (Pierre), Poulet ; Externes : Florent (René), Thiron (Jean), Bergot, Finkelstein, Mlle Levyne (S.), Dazzi, Mory, Drouet, Goldstein.

2. Médecin : M. Richet ; Assistant : Meyer-Heine.

Internes : Mlle Foucque ; Mlle Chapu ; Externes : Mme Jeannin, Aubert (J.-P.), Mallet (J.), Husson (René), Bonparis (A.), Bourgeois, Fourment.

3. Médecin : M. Boulin ; Attaché : Ducas.

Internes : Cirilli, Chauderlot ; Externes : Deremme, Legoff, Wattebled, Chimènes, Nora, Millard, Fournier, Jaulmes, Mme Couinaud, née Claesen.

4. Médecin : M. Mouquin ; Assistant : Macrez.

Internes : Guéniot, Lamy ; Externes : Bréchot (Cl.), Leconte des Floris, Hélie, Mlle Lefèbvre, Fleury, Leroy (Cl.).

5. Médecin (neuro-chirurgie) : Professeur Clovis Vincent ; Chefs de clinique : Houdart, Bourguet, Fénelon ; Chef de laboratoire : Berdet ; Moniteurs : Klein, Thiébaut.

Internes : Barbizet, Pecker, Ossipovski, Taptas ; Externes : Sternlé, Hovasse, Harl, Billet (Ray), Gonnet (R.), Richoux (J.), Mlle Bourrillon.

6. Chirurgien : M. Oberlin ; Assistant : Mialaret.

Internes : Bailly, Burgot, Gauchy ; Externes : Lemoine (D.),

Mary (J.), Mlle Fanjoux, Rivalier, Reignier, Lavigne, Aicardi, Gougis.

7. Chirurgien : M. Huet ; Assistant : Huguier.
Internes : Pinel, Couade, Chevillotte ; Externes : Moraine, Garnier, Sevestre, Vildrin, Obriot, Lassieur, Vannier, Dugas.

8. Accoucheur : M. Sureau; Assistant : Weil-Aubert; Attachés : François, Brault, Job.
Internes : Coullaud E.P. Rodas (Ext. ffon) ; Externes : Bentzmann, Barrier, Gaudin, Millet (J.), Jardin, Gillot (Guy).

9. Ophtalmologie : M. Dollfus ; Attachés : Barrois, Duplessis.
Internes : Mlle Brissac ; Externes : N..., N...
10. Consultation de médecine : M. Uhry.
Interne : Welfling (Jean) ; Externes : Mlle Benoit, Dorotte, Le Mevel.
11. Consultation de chirurgie: M. Küss ; Chef de consultation: Elbim ; Externes : André, Andrieu, Nathan (J.).

12. Stomatologie : M. Dechaume ; Adjoint : Mme Chaput; Assistant : Bureau ; Externes : Droudonnat, Mugnier, Leroux (J.).
13. Electro-radiologiste : M. Thoyer-Rozat ; Adjoints : Perroy, Fichgold (ffon) ; Assistant : Guillaumont ; Attachés : Sauvegrain, Laurent (ffon), Flouriot (ffon), Bonnet (ffon), Boissy (ffon).

C. — *SAINT-ANTOINE*. — 1. Médecine : Professeur Lœper ; Assistant : Varay ; Chefs de clinique : Sterboul (dél.), Paley (dél.), Deslandes ; Chefs de laboratoire : Cottet (J.), Lesure, Mme David ; Assistant radio : Ordioni ; Assistant de gastroscopie : Buneau.
Internes : Sterboul, Péquignot ; Externes : Berger, Jousset, Levêque (Cl.), Paris (P.), Mouchot (Ph.), Pigeon, Galy.

2. Médecin : M. Caroli ; Assistant : Cachin.
Internes : Radzievsky, Piard ; Externes : Febvre (H.), Berge, Brassier, Sterboul, Dancygier, Serra, Lebrun, Lévitan, Cohen (Ernest).

3. Médecin : M. P. Weill ; Assistante : Mlle Montalant.
Internes : Calendrier E.P., Bruel E.P. ; Externes : Chenderovitch, Mme Dain, Fraquet, Claude (André), Fleuriot, Roux (J.).

4. Médecin : M. Gutmann ; Assistant : Dupuy.
Internes : Roujeau, Hervy ; Externes : Ranty, Huertas, Focken (J.), Moullart, Paulhac, Duchange, Klein (Roger), Mazaltov, Goldschmid.

5. Médecine (phtisiologie) : M. Jacob ; Attachés : Mme Cans, Gaïs ; Centre de triage : Attachés : Mlle Scherrer, Mme Langle, Fourès.
Internes : Mlle Gilbert, Léménager ; Externes : Mlle Legendre, Dumontet, Mlle Borde, N..., N... ; Centre de triage : Jacob ; Externes : N., N., N., N., N.

6. Médecine : Professeur Chabrol ; Assistants : Sallet (Jean), Fallot ; Chef de laboratoire : Fabiani ; Chefs de clinique : Blanchon, Barré (dél.), Berthet (dél.), Giraud (dél.).
Interne : Rousseau ; Externes : Escourolle, Couetoux du Tertre, Dauzier, Mlle Barbié, Lechaux (Pierre), Simonet, Mlle Guillermon.

7. Médecine : M. Decourt ; Assistant : Guillemin (J.), Pasquier (à titre étranger).
Internes : Canivet, Sibertin-Blanc ; Externes : Mollaret (H.), Hébert (R.), Chevance (L.), Schmitt, Truchetet, Scheffer, Petit (D.).

8. Chirurgien : Professeur Cadenat ; Assistant : Monsaingeon ; Chefs de clinique : Marchak, Devimeux (dél.) ; Chef de laboratoire : Rubens-Duval.
Internes : Allary, Bréger, Couinaud ; Externes : Voisin, Verdénal, Waldmann, Scali, N., N., N., N.,

9. Chirurgie : M. Bergeret ; Assistant : Hepp.
Internes : Garrigues, Raymond, Braillon ; Externes : Evenon, Vert, Cariou (Rob.), Mlle Dutertre, Chalvignac, Marteau, Cornu (Cl.).

10. Accoucheur : M. Lacomme ; Assistant : Weill.
Internes : Gatelman E.P., Gueguen (Ext. ffon) ; Externes : Oizerovici, Voyeux, Ferrier, Massart, Bouchard (R.), L'Henoret.

11. Oto-Rhino-Laryngologie : M. Halphen ; Adjoint : Ombredanne (M.) ; Assistant : Bérard ; Attaché supp. : Jourdan, Cochard ; Attachés : Bruneau, Salomon.
Interne : Poncet ; Externes : Paillard, Bonnet (René), Corbin (M.), Bouteille, Nataf (Jules).

12. Ophtalmologie : M. Favory; Assistant : Mme Braun-Wallon; Attaché consultation : Decorps ; Attaché adjoint : Pitou.

13. Consultation de médecine : M. Albot; Assistant : Blanchon.
Interne : Mme Bernard ; Externes : Boulakia, Saint-Paul, Mazuet, Tilly, Raynal, Vaille, Foglierini, Collette, Nahum (Aaron).

14. Consultation de chirurgie : M. Sauvé; Attaché : Martinet; Externes : Mlle Serbource, Nordmann, N., N.,

15. Electro-radio : M. Porcher ; Adjoints : Bernard (J.), Pierquin (ffon) ; Attachés : Prunel, Mme Gilles (ffon), Cornière (ffon), Lehmann (ffon), Lalay (ffon), Sigalea (ffon), Le Lay (ffon); Homualk (ffon), Mme Reneaud-Larroque (ffon) ; Assistant : Boudaghian.

16. Stomatologie : M. Thibaut ; Adjoint : Parant ; Attaché : Cabrol ; Externes : Verneaux, N.

17. Transfusion sanguine : M. Tzanck ; Assistant : André ; Directeur de la recherche : Bessis ; Externes : Doll, Philippon, Chevallier, Chuisano, Debuire, Sausy, Alleno.

D. — *NECKER*. — 1. Médecin : M. Jacquelin ; Assistant : Macé de Lépinay.
Interne : Dubois de Montreynaud ; Externes : Mme Boileau, née Fauvarque, Couvreur, Mme Dandelot, née Mattei, Chomette, Dalibard, Lechevrel, Mlle Deblaye, Fossier.

2. Médecin : M. Brodin ; Assistant : Aubin.
Interne : Roisin ; Externes : Proisy, Thouvenin, Gérard, Brizon.

3. Médecin : Professeur Binet ; Assistant : Bour (H.).
Interne : Dubrisay ; Externes : Lassablière, Caroit, Passelecq, Sureau (Cl.), Schwartz.

4. Médecin : M. Debray ; Attachée : Mlle Provendier.
Interne : Suquet ; Externes : Marel (U.), Bénard (H.-M.), Ouin, Mlle Limichen.

5. Chirurgie : M. Amcline ; Assistant : P. Moyse.
Internes : Benezech, Léger (Michel), Faurel ; Externes : Mme de Longuerne, anesthésiste, Smirnoff, Chevrier, Besançon, Mlle Damlanian, Klein, Abdoucheli.

6. Urologie : M. Gouverneur ; Adjoint : P. Aboulker ; Assistant : A Dufour ; Attaché de consultation : Jaupitre, Giard.
Internes : Boudot, Alexandre, Mselati ; Externes : Chalon, Moles, Duranteau (A.), Biros, Nicard, Conraux, Desproges-Gotteron, Lesur, Moullet, Bard.

7. Consultation de médecine : M. Poumailloux ; Attaché : Tetreau.
Interne : Tiret E.P. ; Externes : Pons Gressard, Pernod, Blancher.

8. Consultation de chirurgie : M. Küss ; Externes : Mme Horowitz, née Lévy, Mlle Séjourné.

9. Stomatologie : M. Gornouec; Assistant : Nespoulos; Adjoint : Lambert ; Externe : Culioli.

10. Electro-radiologie : M. Gilson; Chef adjoint : Hickel; Attachés : Mme Gaucher, Roger Lamy, Laurent (ffons) ; Externes : Castel, Mlle Meyer.

11. Centre des tumeurs : M. Ameline ; Chef du service de Curiethérapie : Coliez ; Assistants : Mion, Loiseau ; Interne : Bertrand (J.), E.P. ; Laboratoire anticancéreux : Perrot.

E. — *ENFANTS MALADES*. — Médecin : Professeur Debré; Assistants : Thieffry, Mande, Mozziconacci ; Chefs de clinique : Dailly (dél.), Lévy, Kaplan, Rozey (dél.), Garin (dél.) ; Chef de laboratoire : Zourbas ; Moniteur : Mme Hertzog.
Internes : Mlle Noufflard, Boissière, Paraf ; Externes : Thoreux, Mme Piette, née Castelli, Vaquier, Duruflé, Girard (J.), Deramond, Schœller, Blondet, Sicot, Bosquet, Gaches, Mlle Bouveau, Melki, Mlle Bordeaux des Barres, Mlle Plisson, Lacau, Saint Guily, Renaux (B.), Morin (B.), Peret (J.), Weil (R.), Hellouin de Ménibus.

2. Service temporaire de poliomyélite : Professeur Debré.
Interne : Duhamel (J.); Externes : Pollet (J.), Foisy, Charlas.

3. Médecine : M. Chevalley ; Attaché : Hadengue (A.).
Interne : Decroix ; Externes : Hardouin, Gourio, Mme Audic, Guignon, Mme Perrot, née Jacquet, Casati, Mme Beaumont, née Thernot.

4. Crèche ancienne et nouvelle : M. Chevalley.
Interne : Lecointe.

5. Médecine : Huber ; Attaché : Florand (J.).
Interne : Mathey ; Externes : Vallée, Mme Mathis, Audoueineix, Tronche, Mlle Geber, Parnaud, Sans (Gilbert).

6. Médecine : M. Lamy ; Assistant : Aussanaire ; Attaché : Mlle M.-L. Jammet.
Internes : Chadoutaud, Deschamps, Cleisz ; Externes : Breynaert, Mlle Perrin (H.-F.), Françon, Grasset, Roussel, Peyron, Tinel, Rejou, Wargnier, Brodin, Bibaut, Dispan de Floran, Kamoun, Coudeyras, Malègue, Boulet-Gercourt, Mme Goldschmidt, née Bernard.

7. Centre de vaccination antidiphtérique : M. Lafaille ; Externe : Giffard.

8. Médecine : M. Heuyer ; Attachés : Leboviei (Serge), Leroy ; Chef de laboratoire : Grenier.
Interne : Amado ; Externes : Mlle Larquier, Aronovicz, Mlle Gobert, Beaumont, Mlle Dagonet, Meyer (B.), Ferbos.

9. Chirurgie : Professeur Leveuf ; Assistants : Laurence (G.), Bertrand (P.) ; Assistant médieal : Mallet (R.) ; Attachés d'orthopédie : Bertrand, Leecœur ; Chefs de clinique : Staub, Gougerot, Duhamel (dél.) ; Chef de laboratoire : Cartier.
Internes : Robert (H.), Fournier ; Externes : Mlle Hugot, Illouz, Anglade, Lernout, Chatonet, Carré, Dreyfus, Depommier, Pauwels, Cabanes, Pelleray.

10. Service médical d'Antony : Professeur Leveuf ; Interne : Tchekhoff ; Externes : Rousseau (Cl.), Mlle Baigue.

11. Oto-Rhino-Laryngologie : M. A. Bloch; Assistants : Aboulker (P.), Calmanas ; Assistants de consultation : Devaux, Delormeau ; Attaehés : Zhâ, Autier (Ch.), Le Loc'h ; Attachée de consultation de nourrissons : Mme Vidal.
Internes : Boulard, Levêque ; Externes : Porte, Prévost, Mlle Lescoffy, Mlle Chenard, Morinière, Lepront (Rol), Mme Debuire, née Cereus, Mlle Vautrenot, Delalande, Legraverand, Mme Costesco, Bonnette.

12. Ophtalmologie : M. Monbrun ; Attachés : Jourdy (P.), Le Nail, Ducroix.
Interne : Marehand E.P. ; Externes : Levé (J.), Mlle Hausslein, Lavat, Gaiffe, N...

13. Consultation de médeeine : M. Kaplan ; Assistant : Mozziconacci.
Interne : Michaud ; Externes : Leca, Mlle Schlesser, Mlle Boussange, Brunissen, Mlle Gautier, Martin-Dupray.

14. Séleetion : M. Kaplan.
Interne : M. Dubos (M.).

15. Electro-radiologie : M. Beau ; Chef adjoint : Chenilleau ; Assistant : Mignon ; Attachés : Mme Cremer, Dorland, Nicolau, Lerique (ffon) ; Externes : Barthélémy, Paychère.

16. Laboratoire général de bactériologie : M. Girard.

F. — COCHIN. — 1. Médecine : Professeur Harvier; Assistant : Robert Claisse ; Chefs de clinique : Bergeron (dél.), Salet (dél.), Pestel (dél.), Courjaret ; Chef de laboratoire : De Traverse, Lavergne, Thiebault, Barreau.
Internes : Tixier, Bœswillwald, Hartmann (L.) ; Externes : Ziégler, Billaudet, Guillet, Triloup, Poitrinal, Durand (André), Lefort, Clavreul, Fonquernie, Restellini, Mme Louis née Renou, François (J.), Mlle Wormser, Raulline (J.), Fallas, Salmon (Rob.), Mme Curioni, Mme Andréassian.

2. Médecine (phtisiologie) : M. Bourgeois ; Assistant : Robert Genevrier ; Attachés : Garaix, Rollin, Rose ; Chefs de laboratoire : bactériologie : Lemoine ; Anatomo-pathologie : Fauvet.
Interne : Nezeloff ; Externes : Chalvignac, Guillermon, Huard, Carette, Schambacher.

3. Service du dispensaire : M. Bourgeois.
Interne : Coquard ; Externes : Pellat, Mourgues, Mlle Hirsch, Thibaudin.

4. Service des Tuberculeux : M. Bourgeois.
Interne : Blatrix ; Externes : Sallou, N., N.

5. Tuberculeux (femmes). — Externes : N., N.

6. Médecine : M. Coste ; Assistants : Boyer, Piguet, Galmiche ; Chef de laboratoire : Mme Tissier.
Internes : Sors, Laurent ; Externes : Margo, Gaussen, Bonnet (G.), Bertin, Pariente, Traullé, Hindermeyer, Lauras.

7. Chirurgie : Professeur Quénu ; Assistants : Cauchoix, Lascaux ; Attaché : Ronsin ; Chefs de clinique : Perrotin (dél.), Krop (dél.), Jomier (dél.) ; Chefs de laboratoire : Perrot, Mlle Lévina.
Internes : Mercadier, Denisart, Lavarde, Pertuiset, Garbay ; Externes : Mlle Valleta, anesthésiste, Guérin, Herlemont, Marie (Maurice), Naouri, Clais, Ledoux, Lepère, Mlle Lemperière, Cabrol, Longy, Validiee, Magne, Essafi.

8. Urologie : Professeur Fey ; Attaché : Dossot ; Chefs de clinique : Bauchart, Kéruzoré (dél.) ; Chefs de laboratoire : Ferrier, Mlle Lebert, Busser.
Internes : Morer, Torre, Gross ; Externes : Mme de Mazarin, anesthésiste, Mathieu, Thuot, Trémoulet, Siardet, Bielher, Holzer, Costalat.

9. Chirurgie : Professeur Mathieu ; Assistants Padovani, Lance (Pierre) ; Chefs de elinique : Emel, Lelièvre, Lartigue.
Internes : Fontaine, Forgeois, Stéfani ; Externes : Mlle Le Dantec, anesthésiste, Gruet, Fihey, Bireau, Mlle Poiré.

10. Consultation de médecine : M. Turiaf.
Interne : Pichon ; Externes : Mallet, Niquet, Charpentier, Pouilloux, Marty, Rouam, Sim.

11. Consultation de chirurgie : Professeur Quénu ; Externes : Régent, Duranton, Bokser.

12. Oto-Rhino-Laryngologie : M. Leroux ; Adjoint : N. ; Attaché : Galland ; Attaché de consultation : Meunier-Charié.
Interne : Hacker ; Externes : Millard, Ruffenach, Ramon, Pourchez, Desjardins.

13. Ophtalmologie : M. Voisin : Attaché : Merle ; Externes : Mlle Genin, Mme Fortier.

14. — Radiologie : M. Truchot ; Adjoint : Cassan (ffon) ; Assistants : Dubois, Degand, Buhler, Busy, Barreau, Noix ; Attachés : Cœster (ffon), Mamau (ffon).
Interne : Monié ; Externe : Vallet.

15. Stomatologie : M. Lattès ; Adjoint : Vrasse ; Assistant : Corbeil ; Externes : Schumann, Martelli.

16. Laboratoire de bactériologie de secteur : M. Demanche.

17. Consultation antivénérienne du soir : M. Costi.

G. — BEAUJON. — 1. Médecine : Mme Bertrand-Fontaine; Assistant : Schneider ; Attaché : Goutner.
Interne : Hartmann (Jean), Canlorbe ; Externes : Bargue, Mlle Ranson, Chevalier Jacques, Jules Roos, Mme Simon, née Lévy Jaequeline.

2. Médecine : M. Azerad ; Assistant : Gruper.
Interne : Poilpré ; Externes : Paolaggi, Durwoos, Binet, Klein, Charlot.

3. Médecine : M. Ravina ; Assistant : Pêcher.
Interne : Houssay ; Externes : Chantrenne, Mireur, Landrieu, Denoël, Ecalle, Phéline, Benoist (Michel), Vergoz (Louis).

4. Médecine : M. Weissmann-Netter ; Assistant : Lévy Robert.
Interne : Mendelshon ; Externes : Lévy, Chevalier, Dressler, Belcour, Kohn.

5. Médecine (phtisiologie) : M. Benda ; Assistants : Aubin, Lécuyer, Orinstein, Franckel ; Attaché médico-ehirurgical : Descomps ; Chef de laboratoire : N.
Internes : Denis, Roussillon ; Externes : Grenier, Poncelet, Gelé, Mlle Fidon, Martin, Berhaut, Stip, Schaefer.

6. Service de dermato-syphiligraphie : M. Bolgert ; Assistants : Duruy, Viala ; Chef de laboratoire : Lévy.
Interne : Fauré ; Externes : Sterboul, Juge, Aladenise, Beucher.

7. Chirurgie : M. Sicard ; Assistants : Dufourmentel, Flabeau; Assistants de consultation : Périer et Pariente.
Internes : Fourdinier, Corbineau, Masse, Oeconomos Doros ; Externes : Sibaud, anesthésiste, Godet, Sée, Richard, J.-M. Poujade, Mlle G'sell, Ducoudré, Lévy (Jacques).

8. Chirurgien : M. Seillé ; Assistant : N.
Internes : Legrand, Le Jeune, Moulonguet ; Externes : Mlle Martinot, anesthésiste, Laplanche, Mlle Dugas, Raverdy, Finel, Vourch, Asthié.

9. Chirurgie : M. Sylvain Blondain ; Assistant : Rouvillois, Le Foyer (chirurgie pulmonaire), Simon (gastro-entérologie), Devraigne (gynécologie) ; Chef de laboratoire : Martineau.
Internes : Dujardin, Bloch, Lainé, Chatain ; Externes : Mlle d'Artois, anesthésiste, Belpomme, Gueudré, Delohel, Huet de Barochez, Verliae, Mlle Roux, Lambert.

10 Ophtalmologie : M. Aubin (eneore à Broussais).

11. Consultation bi-hebdomadaire faite par Bérard, assistant.

12, Hudelo ; Attachés : Maussion et Ponse.
Internes : Renard ; Externes : Bléas, Deschamps (Gaston).

13. Accoucheur : M. Desnoyers ; Assistants : Mme Fayot, Petitmaire ; Attaché de eonsultation : Dardenne.
Internes : Trouillard, Lévy (Alfred) ; Externes : Bardon, Viard, Petitjean, Mlle de Wodzinska, Hervé, Clavel, Eloy.

14. Consultation de médecine : M. Cachera ; Assistant : Lamotte.
Interne : Christol ; Externes : Bellanger, Weisengang, Miroux, Seibel.

15. Electro-radiologie : M. Sthul; Chefs adjoints : Berthomier, Mlle Dueamp (ffon) ; Attachés : Vigneron (ffon), Adam (ffon), Vernet (ffon), Mendel (ffon), Landau, Dumas (ffon), Dupuis (ffon), Mollaret (ffon).
Interne : Leclerc ; Externes : Aldighiéri, N., N., N.

16. Consultation de ehirurgie : M. Flabeau; Attaché : Metzger; Attaéhés de consultation : Bellot, Hirsch ; Externes : Gosselin, Cagnard, Priollet.

17. Stomatologie : Gérard (Maurel) ; Adjoint : Mesnard (ffon) : Assistant : Malingre ; Externes X..., X...

H. — LARIBOISIERE. — 1. Médecine : M. Soulié ; Assistant : Bouvrain.
Internes : Millot, Flurin, Caldier, Laham ; Externes : Colonna, Alexandre, Cramer, Porcher, Moreau, Besson, Fandre, Civatte, Caramanian, Guiguen, Gufel, Py, Pédrono.

2. Médecine : De Sèze ; Attaché : Lichwitz.
Internes : Dausset, Dubois (J. Cl.).
Externes : Damoiseau, Rachot, Aussage, Denis, Brack, De Souza, Rebello, Valria, Boutry, François, Goursolas, Hubault, Mme Maigne, François, Bernier, Mlle Crépeaux, Cottrell, Aekermann, Mlle Borde, Berkmann.

3. Médecine : M. Lenègre.
Internes : Mme Demassieux, Paris, Scébat ; Externes : Mlle Péras, Chevalley, Mlle Sorrel, Triboulet, Mme Chavelet, Hillemand, Billot, Jaffrès, Crosnier, Vernier, Hazard, Thibaut, Thuau.

4. Médecine : M. Worms ; Assistant : Mme Weil-Hulot.
Internes : Avenier, Vernant ; Externes : Israël, Pye, Mme Debeyer, Laloff, Held, Duval (Marius), Lecasble.

5. Médecine : M. Perrault ; Assistant : J. Vignalou.
Internes : Fritel, Desvignes ; Externes : Graveleau, Blondeau, Senèze, Rapin, Mme Hulot, Bastard, Jeannin, Girault, Guillemin, Cornillet.

6. Médecine : M. Derot ; Assistant : Tanret.
Internes : Simon, Grivaux ; Externes : Montagnon, Tisseuil, Fabre, Lenormand, Barrès, Mouy, Bouchard, Parrot, Lartizien.

7. Urologie : M. Michon ; Assistant : Delinotte ; Attachés de consultation : Bac, Mallah.
Internes : Woimant, Ferry ; Externes : Vidal (Jean), Guinant (Pierre), Bernard (Jean), Flandrin, Beuzeville, Holzmann, Mlle Ducoulombier, Lutier, Mlle Kiveliovitch.

8. Chirurgie : M. Leibovici ; Assistant : Calvet.
Internes : Le Bourg, Boeffard, Solal ; Externes : Mlle Manière (anesthésiste), Bellair, Fellus, Dussaux, Guitard, Guerre, Var.

9. Chirurgie : M. Ménégaux ; Attaché : Pergola.
Internes : Bijoux, Crépy, Courtois-Suffit ; Externes : Queinnec, Soulié, Michon, Duchemin, Roux, Gelin, Gillot.

10. Chirurgie : M. Funck-Brentano ; Assistant : Boudreaux.
Internes : Masmonteil, Tubiana, Bosquet ; Externes : Laurent, De Gennes, Funck-Brentano, Mlle Trommelen, Lacalmontie, Haye, Durand, Sebouk, Prévost, Cohen (André).

11. Accoucheur : M. Ravina ; Assistant : Jamain.
Internes : Chambraud, Chabrol ; Externes : Bilhaud, Lesage, Daunay, Burtin, Welfling, Peltier, Prével, Mme Roberti, Chatriot, Mlle Hel, Wallut, Gandet.

12. Oto-Rhino-Laryngologie : Professeur Lemaître ; Chef de service adjoint : Maduro ; Assistant : Gaston ; Assistant médical : Baudoin ; Attaché de consulation : Moulin ; Chefs de clinique : Joinville, Giraud (dél.), Cachin (dél.), Klotz (dél.), Ebstein ; Chef de laboratoire : Ardoin ; Moniteurs : Durand, Tissié, Macior ; Supp. : Hoffmann, Krawiecki, Ludner.
Internes : Hans, Sénéchal ; Externes : Poggioli, Gaillard, Boisselier, Coronel, Dupuis, Dufau, Mlle David, Suignard.

13. — Ophtalmologie : M. Hartmann ; Chef adjoint : Morax ; Attachés de consultation : Rossano, Weiss.
Interne : Mlle Desoutter ; Externes : Thihaut, Aboulker, Druais, Verse, Vallier.

14. Consultation de médecine : M. Bousser ; Attaché : Mlle Huguet.
Interne : Michard ; Externes : Froideval, Poisson, Hallez, Gaultier, Tattevin.

15. Consultation de chirurgie : M. Longuet ; Attaché : Sachs ; Externes : Ascheim, Ganter, Natali.

16. Stomatologie : M. Vilenski; Adjoint : Hennion; Attaché : Descrozailles ; Externes : N..., N...

17. Radiologie : M. Marchand; Adjoints : Huant, Djian (ffons); Attachés : Lagourgue (ffon), Soënens (ffon), Brunel (ffon), Humbert (ffon) ; Externes : Schlumberger, Robin (Jacques), Charleux, Chalard.

I. — TENON. — 1. Médecin : M. Marchal ; Assistant : Inbona ;
Internes : Piton, Cousin ; Externes : Woringer, Larrieu, Thuillez, Baué, Thiollet.

2. Médecin : M. Hillemand ; Assistant : Viguié.
Internes : Coffin (Georges-René), Combet (J.-Louis) ; Externes : Prévost (François), Portier, Chaouat, Wisner, Bouverne, Troksbétriger, Lecœur, Guignard.

3. Médecin : M. Lièvre ; Assistant : Bloch Michel ; Attaché : Attali.
Interne : Solignac ; Externes : Marie (Jacques), Baron (Michel), Lépine, Quennevat.

4. Médecin : M. Cattan ; Assistants : Frumusan, Netter.
Internes : Hagège, Bilski-Pasquier ; Externes : Sabatier, Laporte (Michel), Aumaître, Mlle Halzfeld, Landmann (Philippe), Roy, Sériès, Fourès, Heyblon, Cohen, Nahum.

5. Médecin : M. Rouquès ; Assistant : Pautrat.
Interne : Sainrapt ; Externes : Zissmann, Saglier, Désarménien, Bonnot, Camey, Clément, Cartier.

6. Médecin : M. Carrié ; Assistant : Catinat.
Interne : Mlle Morival ; Externes : Sebaux, Mlle Boubée, Ybert, Tardif.

7. Médecin : M. Even ; Assistant : Lecœur ; Attachés : Bucquoy, Danion, Vibert.
Internes : K'brat, Vermeil ; Externes : Raugel, Colas-Belcour, Richard, Franquet, Pellet, Reitzer, Ter-Davtian, Faurent, Mlle Carillon, Thellier, Hébert (Michel), Canet (Jean-Louis).

8. Médecin : M. Schwob ; Assistant : Bonduelle.
Interne : Malvezin ; Externes : Blanc, Buisson, Harel, Manière, Vivier, Schrub.

9. Chirurgien : M. Houdard; Assistant : Judet (Robert).
Internes : Routier, Hourtoulle, Ballade ; Externes : Bartoli, Brzezicki, Gorrand, Moncond'huy, Vigneron, Bouhey, Mlle Virnot, Legros.

10. Chirurgien : M. Maurer ; Assistant de chirurgie : Mathey ; Assistant de médecine : Rolland ; Attaché : Le Brigand.
Internes : Brac, Quénu, Wetterwald ; Externes : Milner, N, N, N, N, N, N.

11. Chirurgien : M. Moulonguet ; Assistants : Baumann, Verne.
Internes : Poirier, Prévost, Alpérine ; Externes : Ourin, Déglise, Vinson, Jarlot, Mlle Redon, Mlle Greder, Mlle Hueber, Mlle Rampon.

12. Accoucheur : M. Lepage ; Assistant : Le Lorier ; Attachée : Mlle Langevin.
Internes : Leconte, Lesné ; Externes : Mlle Lenoir, Delorière, Milanolo, Thomas (Jean-René), Dosne.

13. O.-R.-L. : M. Chatellier ; Assistant : André ; Attaché suppléant : Constant ; Attachés de consultation : François, Olivier.
Internes : Moulonguet, Bezard ; Externes : Hardy, Maître, Fronteau, Casanouve, Mlle Barniaud, Mlle Rimbaud.

14. Ophtalmologiste : M. Bollack ; Assistants : Halbron, Mme Delthil ; Attaché de consultation : Salgo.
Interne : Goddé ; Externes : Mlle Mawas, Jonhson Elève, N, N.

15. Consultation de médecine : M. Faequet ; Attaché : Guilly.
Interne : Rameix ; Externes : Mme Kaldor, Breitmann, Uzzan, Lecouturier, Peujol,

16. Consultation de chirurgie : M. Deniker ; Attaché : Dantrelle.
Externes : N, N, N,

17. Stomatologie : M. Laeronique ; Adjoint : Béal ; Assistants : Laroche, Goudaert.
Externes : Pachowsky Elève, N.

18. Radiologie : Dr Lepennetier ; Adjoint : Morin (assistant ffon) ; Assistants : Grain, Godefroy ; Attachés : Simon, Vannier, Le Coniat, Flori.
Externes : Poirault, Barbot, Chambelland.

19. Centre des tumeurs : M. Moulonguet ; Chef du service de curiethérapie ; Mallet ; Assistant : Le Camus ; Attachée : Mme Breton.
Interne : Mme Verdoux ; Externe : Castan.

J. — LAENNEC. — 1. Médecin : Professeur Etienne Bernard ; Chefs de clinique : Mlle Lotte (dél.), Davy (dél.), Isorni (dél.), Roman (dél.), Blancard (dél.) ; Chefs de laboratoire : B. Kreis, Renault, Harispe ; Dispensaire : Assistants : Herrenschmidt, Chadourne, Bourdin, Weil (J.) ; Assistants adjoints : Bouvrain, Arnaud (Guy), Wolf.
Internes : Sapin-Jaloustre (Henri), Nedey, Delbarre ; Externes : Monghal (J.), Baron (J.-Q.), Caron (Rob.), Guedeney, Gamache, Paumell, Lehmann, Mlle Frey, Mlle Borde, N., N.

2. Crèche : Professeur Etienne Bernard ; Assistant : Cros-Decam.
Externes : N., N.

3. Dispensaire Léon-Bourgeois : Professeur Et. Bernard.
Externes : N., N.

4. Médecine : M. Léchelle ; Attaché : Thévenard.
Interne : Buge ; Externes : Hugelin, Bouchaud, Bonhomme, Mlle Poupinet, Fournier (Et.), Mlle Pourdieu.

5. Médecine : M. René Bénard ; Attaché : Royer de Véricourt.
Interne : Coutel ; Externes : Hincky, Vincent, Mlle Tisné, Toulouse, Pillot, Robert (René).

6. Médecine : M. Boltanski ; Assistant : Rymer.
Interne : Dreyfus ; Externes : Pepin (J.), Berge, Devallois. Campos de Thomasson, Cambier.

7. Médecin : M. Pruvost ; Assistant : Teyssier ; Attachés : Mme Blanchy, Roux-Berger, Grenet, Brincourt, Depierre ; Chef de laboratoire : Castelain.
Internes : Lestradet, Caron (J.) ; Externes : Giroulle, Rouillard, Viel, Vallée, Dupont (J.), Mlle Leroux, Richer, Naudon, Jeanson, Boyer, Cassegrain, Desprez-Curély, Canet, Bisson.

8. Chirurgien : M. Raoul Monod ; Assistant : Vuillième.
Internes : Rainaut, Martin (J.-P.) ; Externes : Bobée, Camus (J.-P.), Paupe (J.), Caron (J.), Mlle Catat.

9. Chirurgien : M. Robert Monod ; Assistant chirurgical : Olivier Monod ; Attaché : Hertzog ; Assistant médical : Weiller.
Internes : Maurin, Sevin ; Externes : Mlle Le Goff, Maître, Chadeyron, Derrion, Vignaud, Dupuy de Saint-Florent, Thieullet, Dondey.

10. O.-R.-L. : M. Ramadier ; Assistant : Maspétiol ; Attaché sup. : Gaschignard ; Attaché de dispensaire : Soulas ; Attaché de consultation : R. David.
Interne : Pialoux ; Externes : Vincent (Roger), Blanchet (Guy), Egler, Archambault, Poirier de Clisson, Schaad, Bachy.

11. Ophtalmologiste : M. Parfonry ; Attaché : J. Berche ; Attaché de consultation : Gillet ; Attaché adjoint : Mlle Valroff.
Interne : Forest ; Externes : Lecomte, Boudot, Dobelle, Guilledroit, Tibi.

12. Consultation de médecine : M. Brouet.
Interne : Lapresle (Cl.) ; Externes : Dufat (R.), Sureau (P.), Gillet (J.), Mme Troisier (Solange), Hermann.

13. Consultation de chirurgie : M. Guimbellot.
Externes : Parer, Picon, Allard.

14. Stomatologie : MM. Darcissac et Gérard-Maurel ; Adjoints : Maleplate, Mlle Lepoivre ; Externes : N., N.

15. Electro-radio : M. Detré ; Adjoint : Hélie, (Ass. ffon) ; Assistants : Angammare, Dramez ; Attachés : Bonan, Castano (ffon) ; Externes : Cohen, Bacri, Castano.

16. Consultation antivénérienne du soir : M. Touraine.

K. — BICHAT. — 1. Médecin : Professeur Justin-Besançon ; Assistants : H.-P. Klotz, Mme S. Lamotte.
Internes : Polonovski, Ryckewaert, Maurice (médaille d'or) ; Externes : Ménégaux, Wolff, Halphen, Jabert, Orcel, Maillard, Mme Crépy (née Dioudonnat), Pot, Mme Mette (née Levy-Valensi), Eon, Leproux, Bensoussan, Vernes, Boucher, Challe.

2. Médecin : M. Paraf ; Assistant : Abaza.
Internes : Nataf, Robineaux, Collot E. P. ; Externes : Bracq, Mlle Lévy (Michèle), Henne, Chaumont, Daussy, Basset, Lehrun, Merot, Rigault, Sauvageot, Roy, Julien, Granon.

3. Médecin : M. Rachet ; Assistant : A. Busson.
Internes : Durand (Maurice), Mignot ; Externes : Estève, Guégan, Maurer, Maleysson, Dinet, Hamel, Rogé, Mathet, Eschbach, Gonin.

4. Médecin : Professeur Guy Laroche ; Assistant : Trémolières (J.).
Internes : Gougeon, Renaud (Cl.) ; Externes : Bonodeau, Chevalier, Bienaymé, Barry, Chatelin, Rouot, Mme Bernfeld, Borde-Gaultier.

5. Médecin : M. Gautier ; Assistant : J. Lafon.
Internes : Nory, Weissenbach ; Externes : Maguer, Bourgeois, Delattre, Jeulin, Radigon, François, Decaudaveine, Deschênes.

6. Chirurgien : M. Charrier ; Assistant : Chigot.
Internes : Poulain, Mouret, Maigne ; Externes : Mlle Raynal, Mlle Delafontaine, Dubost, Badinier, Mlle Kahn, Vignes, Bernier d'Adesky.

7. Chirurgien : Professeur Petit-Dutaillis ; Assistant : Pierre Guérin.
Internes : Merlier, Cœuillez, Weber, Loyne (médaille d'or) ; Externes : Baulieu, Mlle Mossé, Himbert, Salmon, Gouzon, Bennet, Lepage, Mlle Foulon anesthésiste.

8. Chirurgien : M. Gueulette ; Assistant : N...
Internes : Guérin, Pillois, Oterfa ; Externes : Debray (H.), Estrader, Touraine, Mlle Ratchovsky, Griveaud, Damblon, Feuillet, Duriez.

9. Accoucheur : M. Suzor ; Assistant : Salvanet ; Assistant de gynécologie : N... ; Assistant de puériculture : Boissière.
Internes : Pisani (ext. ffons) ; Bliard (ext. ffons) ; Externes : Ilouzé, Blancheton, Randon, Frézal, Gresland, Michelin, Mlle Devillibichot.

10. Oto-rhino-laryngologiste : M. Aubry ; Assistant : J. Rouget; Attaché de consultation : Bernardini ; Attaché : J. Corrion.
Interne : Muler ; Externes : Huc, Gravot, Meyer, Vaquette, Roth.

11. Ophtalmologiste : M. Prélat ; Assistant : Sénéchal ; Attachés de consultation : J. Haineau, Moussier.
Interne : Jagailloux, E. P. ; Externes : Potier, Hamery.

12. Consultation de médecine : M. Ch. Debray ; Assistant : Fred Pergola.
Interne : Hatt ; Externes : Perès, Guérin, Heurtematte, Morinet, Vigneras, Arthuis, Mahec, Degrange, Touzin de Martignac.

13. Consultation de chirurgie : M. Chevrier.
Externes : Menudier, Vinyès, Zeiliger.

14. Stomatologiste : M. Fleury ; Adjoint : Bornet ; Attaché : Olivesi.

15. Electro-radiologie : M. Lehmann ; Adjoint : Mme B. Tedesco ; Assistant : Bellin ; Attachés : Perlmutter (ffon), Le Guéret (ffon), Chakroum (ffon), de la Beausserie (ffon) ; Vienne (ffon), Durand (ffon), Brunsvic (ffon).
Interne : Foucquier.

Policlinique Ney.
16. Consultation de médecine infantile : M. H. Grenet ; Attachée : Mlle Bonnenfant.
Interne : Mme Poncet ; Externes : Lutier, Mme Legouté (née Gabalda), Mlle Colomès.

17. Consultation antivénérienne du soir : M. de Graciansky ; Attachés : Boulle, Bloch, Poupinel.

18. Stomatologie : M. Fleury ; Attaché : Olivesi.
Externe : N...

L. — BROUSSAIS. — 1. Médecin : Professeur Donzelot ; Assistant : Pierre Bardin ; Chefs de clinique : Kaufmann, Pergola, Carlotti (dél.), Chartrain (dél.), Blanc (dél.) ; Chefs de laboratoire : Heim de Balzac, Escalle.
Internes : Baillet, Lafourcade, Fortin ; Externes : Bardiaux, Bétourné, Springer, Martinat, Meignan, Mlle Jouy, Chouraqui, Pilleron.

2. Médecin : Professeur Vallery-Radot ; Assistant : P. Milliez ; Chefs de clinique : Laroche, G. Duhamel (dél.), Carasso (dél.), Richet (dél.), Welti (dél.), Wolfromm (dél.) ; Chefs de laboratoire : Mme Hotzler, Halpern, J. Martin, Mlle Argan, Mauric, Wattez, Tabone.
Internes : Rathery Lhermitte ; Externes : Dubois (J.-R.), Pierquin, Lyon, Sultan, Antoine, Nenna, Ducrot, Dupin, Lunel, Cauchois, Gautard Guillemot, Casassus, Renier (J.-Cl.).

3. Médecin : M. de Gennes ; Assistant : M. Bricaire.
Internes : Tourneur, Tubiana ; Externes : Azerad, Guex, Besse, Weill, Diebold, May, Vigneron, David, Oulié, Mme Madier, Bernard, Farcot, Menut, Mme Troisier, Troisier, Pette (F.), Bocquin, Crusson, Lange.

4. Médecin : M. Hamburger ; Attaché : Lacaze ; Assistant : R. Israël.
Internes : Petit (J.), E. P., Flament, E. P. ; Externes : Madier, Silvestre, Cavigneaux, Lefranc, Guivarch, Mlle Riou, Bouvier.

5. Médecin : M. Chevallier ; Attaché : Marcel Colin.
Internes : Sabouraud, Brion ; Externes : Mathé, Ropars, Trembllay, Mouly, Estager, Roberti, Dupoux.

6. Chirurgien : M. Basset ; Assistant : Jacques Coldefy.
Internes : Reymond, Chevallier, Malinas ; Externes : Seban, Calais, Chanteur, Basset, Bidaux, Mlle Crépy, Fanjoux, N...

7. Chirurgien : M. de Gaudart d'Allaines ; Assistant : Dubost.
Internes : Chapelet, Violet, Toupet ; Externes : Mlle Follia, anesthésiste, Barat, Chicon, Marinier, Vincent (Bernard), Lelord, Guerbert, Guillemant.

8. Oto-rhino-laryngologiste : M. Aubin ; Assistant : Clerc ; Attaché supp. : Boiteux ; Attaché de consultation : Roddier ; Attaché supp. de consultation : Joublin.
Internes : Chardin ; Externes : Haudeville, Demazure, Poumailloux, Laratte, Bonnenfant, Champagne.

9. Consultation de médecine : M. Mauric.
Interne : Herrault ; Externes : Grandperrin, Bay, Clamagerand.

10. Consultation de chirurgie : M. Bréchot.
Externes : Buffetaut, Barhieux.

11. Stomatologie : M. Croquefer.
Externe : Desnos.

12. Electro-radiologie : M. Desgrez ; Adjoint : Mathis (ffon) ; Attachés : Antoine, Champsaur (ffon), Lacombe (ffon), Ledoux-Lebard, Pérachon (ffon) ; Externes : de Seguin des Hons, Besson (Roger).

M. — BOUCICAUT. — 1. Médecin : M. André Meyer ; Attaché : Brunel.
Interne : Ribierre ; Externes : Léger, Ganjard, Le Chevallier, Reverdito, Valleton, Champigneux, Verlingue.

2. Centre de phtisiologie : Attachés : Nico, Coudraud.

3. Centre de triage : M. A. Meyer.
Externes : Mlle Philipon, Peltier.

4. Médecin : M. Gilbert Dreyfus ; Assistant : Maniou.
Interne : Attal ; Externes : Touati, Robin, Mlle Kahn (Simone), Gastard, Lévy (Roger), Mme Le Hénaff, Job, Marcovitch.

5. Chirurgien : M. Talheimer ; Assistant : Devimeux.
Internes : Masse, Malvy, Baudry ; Externes : Genin (anesthésiste), Reboul, Nallet, N..., N..., N..., N..., N...

6. Oto-rhino-laryngologiste : M. André Moulonguet ; Assistant : Bouche ; Attaché de consultation : C. Bertier.
Interne : Hiverlet ; Externes : Hug, Massip, Jabouille, Delonca.

7. Accoucheur : M. Ecalle ; Assistant : A. Bidoire ; Chef de laboratoire : Labignette.
Internes : Lenormand (ext. ffon), Nicolle (ext. ffon) ; Externes : Nicolas, Thomas, Roussel, Briant, Avakiantz.

8. Consultation de médecine : M. Moussoir ; Attaché : Katchoura.
Interne : Loubry ; Externes : Vivier, Deramond, Ségalen.

9. Consultation de chirurgie : M. Thalheimer.
Externes : Adda, Mauroy, Maigne.

10. Electro-radio : M. Penteuil ; Adjoint : Blanche (Ass. ffon); Assistant : Quivy.
Externe : Thierrée.

11. Laboratoire de bactériologie de secteur : M. Jean Vignalou ; adjoint : J.-L. Parrot.

12. Consultation dermato-vénéréologie du soir : M. Weissenbach ; Assistants : Bouwens, Le Baron.

N. — VAUGIRARD. — 1. Chirurgien : Professeur Sénèque ; Assistant : Roux (Marcel), Morel-Fatio, Chatelain ; Attaché : Beaugeard ; Chefs de clinique : Michon (dél.), Carillo (étranger); Chefs de laboratoire : Le Canuet, Dumond.
Internes : Bucaille, Dautry, Aurousseau ; Externes : Rettori, Tréboute, Genot, Castaing, Claoué, Sejourné, Clainville-Bloncourt, Montête, Daban, Boué, Dubost.

2. Electro-radio : M. Foubert ; Assistant : Le Cannet ; Attaché : Hélaine (ffon) ; externe : Marie (Louis).

3. Consultation d'oto-rhino-laryngologie : Miégeville

4. Consultation de stomatologie : Hénault.

O. — AMBROISE-PARE-BOILEAU. — 1. Médecin : M. Celice ; Assistant : J.-J. Gournay.
Interne : Amondruz ; Externes : Chabrol, Housset, de la Forest-Divonne, Lauras, Mme Morinière (née Dupuy), Beau, Bramat

2. Médecin : M. Péron ; Assistant : M. Droguet
Interne : Gayno ; Externes : Cathala, Lande, Chabot, Blancher, Guran, Corone, Sakka.

3. Médecine infantile : Mme Roudinesco ; Assistant : Tardieu.
Internes : Mme Robert, Legrain ; Externes : Lévy (Cl.), Sauze (Léon), Clay, Gottfried, Lagrue, Guillaume, Cotlenko. Mme Cotlenko.

4. Chirurgien : M. Meillère ; Assistant : N...
Internes : Adam, Vaujour ; Externes : Le Joubioux, Pouch, Fourcade, Fillassier, Dagorne, Vernet.

5. Consultation de médecine : M. Grossiord ; Assistant : Plas.
Interne : Voisin ; Externes : Passas, Bassot.

6. Consultation de chirurgie : M. Meillère ; Attaché : Bretegnier.
Externes : Mlle Geber, Delahousse, Michel (Jean).

7. Oto-rhino-laryngologie : M. Richier ; Attaché : Schlegel ; Attaché supp. : Cantonnet.
Externes : Blanchet, Choay, Dubourg.

8. Electro-radio : Liquier ; Attaché ; Courtin (ffon).

9. Consultation de neuro-psychiatrie infantile : Mme Roudinesco.

P. — SAINT-LOUIS. — 1. Médecin : Professeur Gougerot ; Attachés : Burnier, Blum (P.), Carteaud ; Moniteurs : Prof. Dechaume (stomato), Grollet (urologie) ; Chefs de clinique : Meyer, Mme Robbes, Gougerot (L.), Saltet de Sablet (dél.) ; Chefs de laboratoire : Peyre, Desgrez, Duché, Duperrat, Mlle Eliacheff ; Attachés radio : Giraudeau (ffon).
Internes : Vissian, Pelbois ; Externes : Gérard, Melchior, Gros, Gallais, Etienne (Pierre), Thomas (J.-Ed.), Guestre, Lubin, Collin, Dubois (J.), Séjournet (G.), Hébert.

2. Médecin : M. Touraine ; Attachés : Horovitz, François, Guez ; Chef de laboratoire : Golé.
Internes : Talbot, Mlle Renaudin ; Externes : Calenge, Chardin, Bobrie, Fernel, Maire, Caldera, Graffin, Cahn, Mlle Raufast.

3. Médecin : M. Pollet ; Assistant : Gaultier.
Internes : Jupeau, Berthaux ; Externes : Ovazza, David, Grassin, Alluaume, Cordier.

4. Médecin : M. Degos ; Assistants : Delort, Garnier, Delzant ; Chefs de laboratoire : Lortat Jcob.
Internes : Bouygues, Bory ; Externes : Descourtis, Flandre, Delmas, Mlle Doucin, Colvez, Carteaud, Richard, Mlle Henrion, Camous, Futel, Benedetti, Jacquemart, Hababou, Mlle Foucher, Solanuto, Fourcade.

5. Médecin : M. Weissenbach ; Attachés : Bocage, Bouweus, Mlle Tourneville ; Chef de laboratoire : Martineau.
Internes : Palfer-Sollier, Renard (J.) ; Externes : Perraud, Chaminade, Faivre, Laufer, Godin, Mlle Bernard, Ottenwalter, Wallois, Goutorbe.

6. Médecin : M. Ch. Flandin ; Assistants : Richon, Mlle Saint-Cène, Basset, Flandin (F.) ; Chef de laboratoire : Rabeau.
Internes : Woimant (B.), Marlant, Mlle Dupeyron ; Externes ; Cornilliet, Pingusson, Rovillain, Gognos, Mlle Kernevez, Villain Etienne), Oléon (Gérard), Scalbert, Legouté, Dazelle, Hanard, Schlicklin.

7. Médecin : M. Tzanck ; Attachés : Sidi, Moline ; Adjoint : Ferroir ; Chef de laboratoire : Mlle Dobkevitch.
Internes : Mme Martin, Mlle Labesse ; Externes : Peumery, Saulay, Rullier, Vieux, Waysbrot, Gatineau, Mlle Spinasse, Coutaux, Guyot, Lo Jacono, Bourgeois-Gavardin, Hillion, Tessler.

8. Chirurgien : M. Aurousseau ; Attaché : Gandrille.
Internes : Pilven, Lichnewsky, Rougeulle ; Externes : Dubois (J.-Ph.), Mlle Acar, Bordeau, Preyssas, Illien, Duchêne, Perreau, Cormier, Marson.

9. Chirurgien : M. L. Bazy ; Assistant : Lortat-Jacob ; Attaché : René.
Internes : Arnaud, Fouchet, Chapuis (G.), Tola ; Externes : Naveau, Mlle Delayen, anesthésiste, Sarrazin, Artus, Lieveaux, Mlle Michel, Kieny, Vibert Mme Touche.

10. Chirurgien : M. Raymond Bernard ; Assistant : Chevallier : Internes : Chirié, Teinturier, Cartier ; Externes : Thin, Bégué, Leveque (B.), Cnudde, Rey, N., N., N., N.

11. Urologie : M. Couvelaire ; Assistant : Magder ; Attachés de consultation : Debray (J.-R.), Lardat, Feins ; Chef de laboratoire : Mlle Desmonts ; Internes : Pellot, Renault ; Externes : (Couvelaire), Ribierre, Lévy (Cl. Serge), Kerner.

12. Consultation d'urologie : M. Couvelaire ; Externes : Delouche, Danger, Lombard, Lautier, Janots, Briand, Maurat.

13. Accoucheur : M. Digonnet ; Assistant : J. Thoyer-Rozat.
Internes : Mme Morin, Garbay ; Externes : Roidot, Martini. Moles, Ferroni, Lenormand (P.), Lau (P.), Richard.

14. Oto-Rhino-Laryngologie : M. Bouchet ; Assistant : Huet, Debain ; Attachés : Broutmann (suppléant), Fouquet, Fortin (J.).
Internes : Lallemand (Yves), Mercier ; Externes : Egger, Guénard, Lecomte, Pimpaneau, Bouix, Grignon.

15. Ophtalmologie : M. Renard ; Assistant : Brégeat ; Attaché de consultation : Lelièvre.
Interne : Mme Auvert ; Externes : Laporte, Gourinat, Pichon, N., N.

16. Consultation de médecine : M. de Graciansky.
Interne : Habib ; Externes : Chevallier (J.-J.), Lécuyer, Guillemet, Lubetzki, Mlle Lehmann, Foissin, Segaut.

17. Consultation de chirurgie : M. Rouhier ; Assistant : Baudelot Externes : Guillet, Le Quellec, Daub.

18. Stomatologie : M. Richard ; Adjoint : Cernéa ; Assistant : Puig ; Externes : Vaysse, Mugnier.

19. Electro-radio : M. Cottenot ; Adjoints : May, Bourdon ; Assistant . Le Dinh Thi ; Attachés : Mieler, Doin (ffon), Lemerle, Boiffard (ffon), Ransonnet (ffon), Merle (ffon) Decker (ffon).
Interne : Chapuis (J.-L.) ; Externes : Psaume, Pouliquen, Heitz ; Moulinard, Chasseuil.

O BIS. — ANNEXE GRANCHER. — 1. Médecine infantile : M. Turpin ; Assistant : Chassagne ; Assistant O.-R.-L. : Fortin ; Chef de laboratoire : Gorny.
Internes : Darnis, Bourel ; Externes : Marguerite, Cottenot, Oury, Fontaine, Lord, Brugnon, Sadoun, Doliveux, Manteau, Bouvattier.

2. Chirurgie infantile : M. Fèvre ; Assistant : Barcat ; Assistant d'orthopédie : Judet; Attaché de consultation : Arvisel; Attaché de gymnastique : Mme Triboulet-Chassevant.
Internes : Tuffier, Gurly, Mlle Chevallier.
Externes : Mlle Jacotot, anesthésiste, Alagille, Mlle Dubost, Mlle Lamy, Etienne, Perol, Royer.

Q. — BROCA. — 1. Gynécologie : Chirurgien : Professeur Mocquot ; Assistant : Cordier ; Chef de travaux de gynécologie : Palmer ; Chefs de clinique : Herves (dél.), Guimezancs (dél.) ; Chef de laboratoire : Moricard ; Monitrice : Mlle Gothié.
Internes : Lemerre, Verdoux, Tournebœuf, Caplier ; Externes : Verdet, Hautefeuille, Legros, Lécuyer, Robert, Planturaux, Volmat.

2. Chroniques de chirurgie : Professeur Mocquot.
Interne : Pironneau ; Externes : Mlle Vignier, Mlle Doussau, Mme Prochiantz, Mamber, Marnier,

3. Consultation de dermato-vénéréologie : M. Merklen ; Assistant : Goury-Laffont ; Attaché : Grollet ; Chef de laboratoire : Mansour.
Interne : Raynaud ; Externes : Bourigault, Murat, Duvernay, Bonnet, Massé, Bertheaume, Mary.

4. Electro-radio : M. Frain ; Assistant : Pulsford ; Attaché : N. ; Externe : Bordesoulle.

R. — MATERNITE. — Accoucheur : Professeur Portes ; Assistants : Mayer, Varangot, Musset ; Attaché de puériculture : Chabrun ; Attaché de syphiligraphie : Girand ; Chefs de clinique : Klein (dél.), Jacquemin (dél.), Weil-Aubert (dél.) ; Chef de laboratoire : Vassy ; Moniteur : Giraud.
Internes : Flouquet, Roume ; Externes : Renaudie, Marnasse, Vazeux, Oudin.

S. — BAUDELOCQUE. — 1. Accoucheur : Professeur Lévy-Solal ; Assistants : Morin, Hanon ; Chefs de clinique : Lanvin, Sacho ; Chef de laboratoire : Giraud ; Attachée médicale : Mlle Lautmann ; Moniteurs : Coulomb, Dessagnes, Revil, Mme Monod, Cornu.
Internes : Coudert E.P., Guillemart ; Externes : Damhrine, Brillant, Rixe, Falliès, Lelièvre, Kanninzer, Mlle Venes, Duvil-

2 Electro-radio : Busy (Jacques).

T. — TARNIER. — 1. Accoucheur : Professeur Lantuéjoul ; Assistants : Merger, Couinaud ; Chefs de clinique : Liénart (dél.), Solinési (dél.), Haquin (dél.) ; Chef de laboratoire : Héraux ; Moniteurs : Badie, Logeais, Terre, Rey.
Internes : Lefevre E.P., Villey-Desmeserets (Ext. ffon) ; Externes : Coiquil, Cauche, Mme Loron, Castanier, Riet, Japhet, Lemaire.

U. — CLAUDE-BERNARD. — 1. Médecin : Professeur Mollaret ; Assistant : Marcel Morin ; Chefs de clinique : Mlle Corre, Choubrac (dél.), Nelhil (dél.), Wimphen (dél.) ; Chef de laboratoire : Reilly.
Internes : Bonnette, Choffel, Alison, Dupont Victor ; Externes : Robin André, Maurev, Porte Pierre, Lebreton, Hirsch, Schwarzmann, Blondeau, Philippe, Boy, Sauvan, Aubert Pierre, Combes André, Mlle Rivet, Louchart, Le Bozec, Cruveilher.

2. Médecin : M. Laporte ; Assistant : André Jacquot.
Internes : Mlle Cousin, Coffin Edouard, Georges ; Externes : Ducroquet, Terquem, Klotz, Mlle Nathan, Crussol, Languille, Wiel, Longnos, Glaser.

3. Consultation d'Oto-Rhino-Laryngologie : M. Leroux-Robert.
Interne : Poncet ; Externes : Valton, Guillermon.

4. Electro-radiologie : M. Chérigié.

5. Laboratoire de baetériologie de secteur : M. Reilly.

V. — TROUSSEAU. — 1. Médecin : Professeur Cathala ; Assistant : Auzépy ; Chefs de clinique : Combes-Hamelle, Bastin, Castaigne (dél.), Verliac (dél.) ; Chef de laboratoire : Texier ; Moniteur : Auzépy.
Internes : Strauss, Le Tan Vinh ; Externes : Pette André, Jeanbourquin, Gesp, Mével, Mlle Belligand, Aubertin Daniel, Nadal, Mlle Pagézy, Daffos, Krehs, Guillaume, Fraisseix.

2. Diphtérie : Professeur Cathala.
Interne : Chavelet.

3. Médecin : M. Marquézy ; Assistant : Eck.
Interne : Guéraud ; Externes . Mlle Sédillot, André, Sarrat, Thomas, Le Mur, Elie, Mlle Pervin Huguette, Deschamps.

4. Contagieux : M. Marquézy ; Attachée : Mlle Ladet.
Interne : Kreisler.

5. Chirurgie : M. Sorrel ; Assistant : Champeau ; Attaché : Boisseau ; Attachée de consultation : Mme Sorrel-Djérine ; Attachée d'orthopédie : Mme Legrand-Lambling ; Attachée de gymnastique : Mlle Dreyfus.
Internes : Goudal, Tobé, Pellerin.
Externes : Mlle Catoire, Bucquet, Mlle Gossiaux, N., N., N., N. N., N.

6. Oto-Rhino-Laryngologie : M. Rouget ; Adjoint : Lemariey ; Attaché : Hamelin ; Attachés de consultation : Petit, Pommier de Santi, Hypeau.
Internes : Hérard, de Ponton d'Amécourt ; Externes : Tourgis, Beauchef, Traineau, Leveau, N.

7. Consultation de médecine : M. Laplane ; Assistant : Mlle Oehmichen.
Internes : Duché, Rivron ; Externes : Mlle Huot, Struve, Hervé Jacques, Mlle Steinheil, Boschetti, Bonniot de Ruisselet.

8. Consultation d'ophtalmologie : M. Offret ; Attaché : Meaux ; Externes : Besmainou, N.

9. Electro-radiologie : M. Humbert ; Attaché : De Rudelle (ffon) ; Externe : Gauchez.

10. Stomatologie : M. Lebourg ; Adjoint : Bataille (ffon) ; Attaché : Duba ; Externe : N.

W. — BRETONNEAU. — 1. Médecine : M. Janet ; Attachées : Mme Cornet, Mlle Gautheron.
Internes : Barhet, Mlle Saulnier ; Externes : Mlle Jacquemin, Hoppeler, Lebarhé, Besson (Pierre), Mme Le Duc, Letessier, Leray, Dupré, Meillaud, Mme André Bailly.

2. Médecine : M. Clément ; Assistant : Gerbeaux.
Internes : Satgé, Nebout ; Externes : Chigot, Lattès, Hinard, Pernelle, Bertrand (Jean), Duparc, Mlle Nasse, Delaborde, Isselin, Baudet.

3. Chirurgie : M. Boppe ; Attaché : Garnier ; Attaché chirurgical : Marcel ; Attaché d'orthopédie : Niel ; Attaché de consultation : Leveau.
Internes : Sapin-Jaloustre (Jean), Koskas, Missonnier, Occonomos ; Externes : Maufrais, Lebouc, Mlle Bonnerot, Garbay, Mlle Rieu, Mlle Birebent, Ronsin, Turrillot, Garnier, Piel, Body.

4. Accouchements : M. Séguy ; Assistant : Robey.
Internes : Lamare, Hervé ; Externes : Ficheux, Sance, Brumant, Dubois, Soulier, Piaux.

5. Consultation de médecine : M. Weill ; Attachée : Mlle Papaioannou.
Interne : Mme Pillet ; Externes : Bonnet (Gilbert), Beaufour, Gabriac, Méhaut, Hueber.

6. Consultation d'oto-rhino-laryngologie : M. Lallemant ; Attachés : Paulin, Lucas, Tomatis ; Externes : Crépin, Préau, Amaury, Mallèvre.

7. Electro-radiologie : M. Ordioni ; Adjoint : Huant ; Attaché : Vitenson ; Externes : Baudoin, Dumontet.

8. Consultation de stomatologie : M. Cauhépé.

X. — HEROLD. — 1. Médecine : M. Clément Launay ; Assistant : Gabriel.
Internes : Guinard, Chevrolle ; Externes : Fossard, Vanhove, Beauchamps, Auriche, Mlle Gobet, Mlle Laulanié, Mlle Devin.

2. Médecine : M. J. Marie ; Assistant : Seringe.
Internes : Tournier, Néel ; Externes : Giraud, Gayet, Mlle Garcia, Ramon, Mlle Desbordes, Godin, Mme Bartholin, Mlle Mallet, Dorenlot, Lemercier, Guillet, David, Péan, Berthelin, Baréty, Matalon, Lutier.

3. Consultation de médecine : M. G. Bernard ; Assistant : De Lignières.
Interne : Lapresle (Jean) ; Externes : Gadrat, Ravous, Cordier (Pierre), Bouvier, Gandon, Lestocquoy.

4. Consultation d'oto-rhino-laryngologie : M. Bourgeois (Robert) ; Attaché : G. Franck ; Attaché suppléant : Loréal ; Externes : Wallon, Mlle Legendre, Vannieuwenhuyse.

5. Radiologie : M. Dubost ; Externe : Crépatte.

6. Ophtalmologie : M. Desvignes ; Externe : N.

7. Consultation de stomatologie : M. Omnès.

Y. — MAISON DE SANTE. — 1. Médecine : M. Benoist ; Assistant : Raynaud.
Interne : Etienne ; Externes : Gobert, Lelièvre, Magnet, Le Besnerais, Cadiot, Dourdon.

2. Chirurgie : M. Patel ; Assistant : Nardi ; Chef de laboratoire : Duperrat.
Internes : Bernier, Cerbonnet, Auvert ; Externes : Mlle Guyon, Petitjean, Langlade, François (J.-P), Mlle Jubert, Plaisance.

3. Consultation de médecine : M. Benoist.
Interne : Mlle Cruciani ; Externes : Costil, Duranteau (Maurice), Lissitzky.

4. Consultation de chirurgie : M. Patel ; Externes : Paris, Leleu, N.

5. Electro-radiologie : M. Proux ; Attaché : Chaulot (ffon) ; Externes : Leroux, N.

Z. — SAINT-VINCENT-DE-PAUL. — 1. Médecine : Professeur Lelong ; Assistants : Joseph, Rossier, Vialatte ; Attachés médicaux : Bohn, Charousset ; Chefs de clinique : Alison, Mlle Kahn ; Chefs de laboratoire : Detrois, Desmonts.
Internes : Borniche, Louveau, Mme Guinard, Eliachar, Royer ; Externes : Périn, Salomon, Mlle Descola, Michelin, Leprat, Coupé, Rohineau, Mme Main-Touchon, Katz, Malbrant, Koïfman, Fleury, Mlle Bourgeois, Hugodot, Ziégler.

2. Chirurgie : M. Petit ; Attaché d'orthopédie : Brisard.
Internes : Lallemand, Lacour, Maschas ; Externes : Coty, Mlle Hébert, Mlle Sarrut, Depoux, Mlle Dufour.

3. Accoucheur : M. Vignes ; Assistant : N.
Internes : Martin (Pierre), Wapler ; Externes : Mlle Calmettes, Ramon, Ragot, Mazel, Carette.

4. Consultation d'oto-rhino-laryngologie : M. Lemoyne ; Attaché : Prud'homme ; Externes : Ribéra, Duriez, Dupuis, Picard, Morvant.

5. Stomatologie : Mme Papillon-Léage ; Adjoint : Mme Cernéa : Assistant : Guérin ; Externes : N., N.

6. Radiologie : M. Lefebvre ; Attachés : Delarue et Méric (ffons) ; Externe : Mlle Martinet.

AA. — BICETRE. — 1. Médecine : M. Moreau ; Assistant : René Cler ; Chef de laboratoire : Nativelle.
Internes : Périer, Sarrazin, Contamin ; Externes : Mareassus, Navarin, Rudelle, Brizard, Massin, Caron (J.-P.), Zérolo, Petel, Buchet, Bouchard, Morillot, Goulon, Dionis du Séjour.

2. Médecine : M. Lemaire ; Assistant : J. Lœper.
Internes : Kouperniek, Housset ; Externes : Pâquelin, Mlle Tisné, Erard, Mlle Dupuy, Morigny, Aubertin, Daniel.

3. Service des chroniques : M. Lemaire ; Externes : Martin (Alain), Dandelot.

4. Médecine : M. Boudin ; Assistant : J. Le Brigand.
Interne : Degeorges ; Externes : Mlle Bauer, Tricaud, Michel, Vénisse, Huart, Sterkers, Guibourg, Gandois, Mathé.

5. Service des galeux : M. Boulin.
Interne : Muffang ; Externes : Testard, Néoclès, Massias.

6. Service d'aliénés : M. Delay ; Assistants : Desclaux, Soulairac ; Externes : Mme Laurent, Mlle Prévost, N., N.

7. Chirurgie ; M. Toupet ; Assistant : Mouchet ; Assistant de consultation : Orsoni.
Internes : Vincens, Quéneau, Dubray-Vautrin, Marquand ; Externes : Dumont, Stephan, Boussagol, Desjardins, Révil, Felisaz, Goursolas, N., N., N., N.

8. Consultation de médecine : M. Moreau.
Interne : Durand ; Externe : Garnier (Georges).

9. Service Lenoir-Jousseran : M. Moreau ; Externes : Mirot, Sosboué, Mme Bastard.

10. Service de désencombrement : M. Moreau ; Externes : Séguinot, Hallez, Simon, Bocquet, Mlle Frémont.

11. Service de déportés : M. Moreau ; Externes : Delbet, Vincent, Casalis.

12. Médecine : M. Faulong.
Interne : Hummel ; Externes : Mlle Duboys, Peygnaud, Roland-Billecart, Mlle Hervieux.

13. Electro-radiologie : Mlle Marquis ; Assistant : Proux ; Externe : Polony.

14. Consultation d'ophtalmologie pour les malades hospitalisés : Assistant : Sénéchal ; Attaché : Raffray.

15. Consultation d'oto-rhino-laryngologie : M. Bourdial ; Attaché : J.-M. Lefebvre ; suppléant : Castan.

16. Consultation de stomatologie : M. Houzeau.

AB. — SALPETRIERE. — 1. Médecine : Professeur Guillain ; Assistant : J. Lereboullet ; Chefs de clinique : Brisset, Pluvinage, Rogé, Sévilanéo ; Chefs de laboratoire : Ivan-Bertrand, Mathieu, Fallot.
Internes : Michon, Brochen, Debray ; Externes : Touraine, Chrétien, Héron, Hascoët, Sénéchal, Masingue, Namin, Mlle Daveau.

2. Médecine : M. Levesque ; Assistant : Perrot.
Internes : Bouttier, Mme Boreau ; Externes : David (Georges), Mlle Reneaud, Beauchamps, Rolland, Charles, Hue, Petiteollet, Mlle Issarte.

3. Médecine : M. Alajouanine ; Assistant : Thurel.
Internes : Graveleau, Dessertenne, Godlewski ; Externes : Saloff, Larangot, Monégier du Sorbier, Mordret, Neumann, Mage, Mlle Périneau, Vilain, Têtu, Baumgart, Lataste.

4. Médecine : M. Haguenau ; Assistants : Christophe, Aubrun.
Internes : Bourgin, Laumonier ; Externes : Danon-Boileau, Blotnick, Morel, Chardin, Angelergues, Mlle Charron, Maribas, Alby, Lebrun (Jacques), Samson (Michel), Ramade.

5. Médecine : M. Fouquet ; Attachée : Mme Teyssier.
Internes : Colbert, Michaux ; Externes : Faivre, Renoult, Mlle Chouraki, Israël, N.

6. Médecine : M. J. Lereboullet.
Internes : Oury, Tabernat ; Externes : Legal-Lasalle, Caulet, Couzinet, Guillon.
Service de désencombrement : M. Lereboullet ; Externes : Trancourt, Vergne, Jay, Guilleminot, Frauscher.

7. Médecine : M. Michaux ; Attaché : Gallot.
Internes : Bureau, Bourguignon, Scherrer ; Externes : Perrier, Hennequet, Leblane, de Rivière.

8. Chirurgie : Professeur Mondor ; Assistants de chirurgie : Léger, Olivier ; Assistants de médecine : Gutmann, Albot ; Assistante de gynécologie : Mlle Jurain ; Attachés médicaux : Godet, Périer, Ribadeau-Dumas, Mme Lannegrace ; Attaché d'orthopédie : Ducroquet.
Chefs de clinique : Léandri (dél.), Estève (dél.), Mattei, Petit (dél.), Oudot (dél.), Jouve (dél.) ; Chefs de laboratoire : Mlle Gauthier-Villars, Mme François ; Moniteurs : Libande, Yère, Périer, Gordet.
Internes : Galey, Frileux, Detrie ; Externes : Miginiac, Martin (Pierre), Delaporte, Michel, Husson, Roblin, Mlle Devanne, Mlle Detienne, Mlle Dwoskine, Mlle Pescadon, Malet, Vergoz.

9. Centre des Tumeurs : Professeur Mondor ; Chef du service de curiethérapie : Gibert Paul ; Assistant : Duchamp ; Attaché : Wallon.
Interne : Lolmède ; Externe : Bestaux.

10. Clinique neuro-chirurgicale : Professeur Mondor; Assistant : Guillaume ; Attaché : Rogé.
Internes : Janny, Mayaud, Tremblay ; Externes : Mlle Séniou-tovitch, Bidoux, Fortier.

11. Premier service de chroniques de chirurgie : Professeur Mondor.
Interne : Bruezières ; Externes : Malinvaud, Bavay, Mlle Blanchard.

12. Deuxième service de chroniques de chirurgie : Professeur Mondor ; Interne : Girand.

13. Troisième service de chroniques de chirurgie : Professeur Mondor ; Externes : Lehmann (Gérard), Charles (Fernand).

14. Electro-radiologie : M. Gally ; Adjoints : Mathieu (ffon), Arvay (ffon) ; Assistants : Mlle Mottez, Kritter, Strouzer ; Attachés : Gognillon, Chouraqui (ffon).
Interne : Brisset ; Externes : Ruaud, Gavel.

15. Centre de prothèse dentaire ; M. Lacaisse ; Adjoint : Valtat ; Assistant : Géré ; Attachée : Mme Cartier.

AC. — IVRY. — 1. Médecine : M. Mahoudeau ; Assistant : N.
Internes : Bonfils, Hinaut; Externes : Godchot, Lepoivre (René), Bataille, Gimbert.

2. Chroniques et admissions : M. Mahoudeau ; Externes : Boutin, Beynes.

3. Service de désencombrement : M. Mahoudeau.
Internes : Mathis, Vidal ; Externes : Delattre (Pierre), Fourmont, Duplay, Mlle Villaime.

4. Chirurgie : M. Welti.
Internes : Ferreux, Dubost ; Externes : Delaunay, N., N., N.

5. Service temporaire de chroniques chirurgicaux : Externes : N.

6. Electro-radiologie : M. Codet ; Attaché : Deille (ffon).

7. Consultation d'Oto-Rhino-Laryngologie réservée aux malades hospitalisés. Attaché : Raboin.

8. Consultation de stomatologie réservée aux malades hospitalisés : Attaché : Govaerts.

AD. — CORENTIN-CELTON (anciennement Les Ménages). —

1. Médecine : M. Layani ; Attachés : Aschkenasy, Mme Véra-May.
Interne : Cambessédès ; Externes : Pesnel, Ghinsberg, Rosinger, Neveu, Benoit (Philippe), Ben Chemoul, Chardon, Lehmann Pierre.

2. Service de désencombrement : M. Layani.
Interne : Poinsard ; Externes : Mikol, Berthelot, Sebaoun.

3. Chirurgie : M. Gatellier ; Assistant : Chastang ; Attachée de consultation : Mme Briand-Garfield.
Internes : Cresson, Rougerie, Dessus ; Externes : Artus, Coulhon, Dubois (Jean-Gaston), Bénureau, Lefrançois, Duncombe, Beaufils, Gastinel.

4. Consultation d'ophtalmologie réservée aux malades hospitalisés : M. Joseph.

5. Consultation d'O.-R.-L. réservée aux malades hospitalisés : M. Loiseau.

6. Electro-radiologie : M. Brunet ; Attaché : Cheynier (ffon).

AE. — LA ROCHEFOUCAULD. — M. X. Externe : Bessi.

AF. — SAINTE-PERINE. — Médecine : M. Deparis.
Interne : Dunoyer.

AG. — CHARDON-LAGACHE — Médecine : M. Deparis.
Interne : Cazes.

AH. — DEBROUSSE. — Médecine : M. Albahary.
Interne : Trélat.

AI. — MARMOTTAN. — 1. Chirurgie : M. Banzet ; Assistants : Adam, Debeyre, résidents ; Adjoint : Schaeffer.
Internes : Bouttier, Connault, Brillard ; Externes : Cozanet, Le Bail, Chaubin, Moreau (Claude), Adrien.

2. Radiologie : Chef adjoint : Dupouy (ffon).

AJ. — SURESNES. — 1. Médecine : M. Kourilsky ; Assistants : Regaud, Mme Kourilsky, Fourestier, Coulaud : Attaché : Delorme.
Internes : Bousquet, Mariette ; Externes : Mercier, Laurent, Tassin, Chazouillères, Lacombe, Lequesne, Millon, Desprairies, Naveau (Michel), George (Louis), Barcelo.

2. Accoucheur : M. Grasset ; Assistant : Lévy ; Chef de laboratoire : Gauthier.
Internes : Le Bourhis, Rudisch ; Externes : Dessauge, Loustau, Chartez, Moreau (Robert), Abbatucci, Polack, Lidvac, Ennouchi, Martin (Guy), Adrian, Grolier.

AK. — GARCHES (Raymond Poincaré) — 1. Médecine : M. Antonelli ; Assistant : Audry.
Internes : Dugourd, Basset, Savoie, Vallin, Uro ; Externes : Castel, Bretagne, Morvan, Schaefer.

2. Chirurgie : M. Gérard-Marchant ; Assistant : Allard ; Assistante médicale : Mme Boquet ; Assistante d'orthopédie : Mme Cisse-Fresnay.
Internes : Jacquemin, Vandooren, Blanc ; Externes : Le Chevallier, Lyon, N., N., N., N., N., N., N., N.

3. Radiologie : M. Puyaubert ; Assistant : Bruneau (ffon).

4. Consultation d'ophtalmologie pour les malades hospitalisés : Assistant : Brégeat.

5. Consultation d'Oto-Rhino-Laryngologie pour les malades hospitalisés : Assistant : Debain.

6. Consultation de stomatologie pour les malades hospitalisés : Assistant : Amalric.

AL. — SAINTE ANNE. — I. Psychiatrie : M. Delay.
Interne : Pichot ; Externes : Mlle Teysseyre, Romanet, Brochériou, Lambert (Pierre), Caillol, Sanson, Rondot, Mlle Bourboulon, Schweich.

AM. — ANTOINE-CHANTIN. — 1. Chirurgien : M. Jean Gosset ; Assistant : Bonvallet ; Assistant de radiologie : Méry ; Attachée de gastro-entérologie : Mme Lannegrâce ; Chef de laboratoire : Bulliard.
Internes : Bernard, Rongier, Pineau ; Externes : Paturet, Flavien-Chamard, Turpin, Lachartre, Stern, Grelier, Gouin.

AN. — CLINIQUE MANIN. — 1. Chirurgien : M. Mourc ; Attaché : Estève.
Internes : Chevret, Nicol, Grellet, Lagrange ; Externes : Malitchenko, Millet, Margairaz, Mangolte, N..., N..., N..., N... N... N

2. Radiologie : M. Montmignaut ; Assistant : Aubert.

AO. — NEUILLY. — 1. Chirurgien : M. Braine.
Internes : Larget, Delater ; Externes : Boussard, Perrion, Cuglioli, Dupré.

2. Consultation de médecine : M. de Brun du Bois-Noir.
Interne : Benoist ; Externes : Hannequin, Wisner.

3. Consultation de chirurgie : M. Billet.
Externes : Chémery, Triboulet.

AP. — HENDAYE. — Médecin : M. Morancé.
Internes : Meret, Escorou.

AQ. — BREVANNES. — 1. Médecin : M. Renaud ; Assistants : Casalta, Mme Lesueur, Berger (ffon), Mme Delattre (ffon).
Internes : Bruneau, Messager (ffon), Barbès (ffon).

2. Médecin : M. Chauveau ; Assistants médicaux : Mlle Poidevin, Thiel, Lerond, Loireau, Courtin (ffon), Treps (ffon), Gillet (ffon) ; Adjoint chirurgie : Delahaye.
Internes : Foucher, Viveret, Cellerier, Mensior, Verlet, Chartier, Batisse, Bouffard, Sourdille, Le Bouteiller.

3. Consultation d'Oto-Rhino-Laryngologie réservée aux malades hospitalisés : M. Granet.
Consultation de stomatologie : M. Friez ; Attachés : Frak, Sarrabère.

AR. — CENTRE DE CHIRURGIE REPARATRICE A SURESNES. — Chirurgien : M. Merle d'Aubigné ; Médecin colonel : Ginestet.
Internes : Méary, Timal, Postel ; Externes : Boiron, Laburthe-Tobra, Mlle Perrot, Deligné, Mlle Lebrun, Franc, Mme Méary, de Gaudart dAllaine.

ACTUALITÉS

A propos du diagnostic et du traitement de la poliomyélite

L'expérience américaine

La poliomyélite n'est pas près de perdre son importance en pathologie infantile en particulier et le progrès très notable, ces dernières années, des connaissances cliniques, n'est qu'une promesse des progrès à venir dans le domaine pratique. Ces derniers mois, d'importantes communications de MM. Debré et Thieffry ont apporté au praticien en particulier, maint renseignement nouveau, aide indispensable au diagnostic précoce. Une importante étude de M. Thieffry (1) est conçue dans le même dessein de clinique documentée et pratique qui est un des traits de la médecine française.

D'autre part, en attendant le traitement étiologique et efficace, les efforts thérapeutiques de l'école américaine, issus d'un heureux empirisme, ne sauraient être mésestimés ; leur application permet de les considérer comme un progrès technique et peut-être comme une acquisition physiopathologique.

Les classifications disparates de formes cliniques ont eu surtout pour effet d'égarer le « clinicien moyen » ; il y a un substantiel progrès pratique dans la distinction primordiale et simple qu'établit M. Thieffry : formes paralytiques et non paralytiques. Pour les premières le diagnostic n'est pas toujours malaisé ; pour les autres si l'erreur n'est pas toujours coûteuse pour le malade, elle peut l'être pour l'entourage les formes n'étant ni moins contagieuses, ni moins souvent suivies de formes graves que les formes classiques.

Les formes paralytiques, les plus anciennement décrites, se distinguent selon leur étendue, leur évolution, leur durée, leurs séquelles en sorte que les formes « communes » sont en nombre considérable. Chacune d'elles a ses variétés évolutives, ses séquelles, aussi les descriptions nosographiques s'en sont-elles trouvées désastreusement alourdies. Le goût de la précision et la fidélité dans les détails n'ont pas induit M. Thieffry à décrire la forêt en commençant par chacun des derniers rameaux ; son propos directement opposé ne peut qu'aider à la juste intelligence des processus et à l'établissement du diagnostic.

Le souci du détail a cependant eu l'avantage d'amener à mieux connaître la phase préparalytique, l'allure de la courbe thermique avec son éventuel cortège neurologique et les troubles du caractère, les symptômes rhinopharyngés et digestifs, les douleurs surtout. En tenir compte et les estimer à leur valeur permet un diagnostic et un traitement précoces.

C'est la douleur spontanée ou provoquée, la douleur lombaire particulièrement, qu'il faut savoir découvrir et estimer à sa juste valeur en l'absence d'un syndrome méningé, de même les signes vésicaux parfois inaperçus. A la période des paralysies qui atteignent simultanément presque toujours les muscles qui seront frappés, les douleurs conservent toute leur importance ; MM. Debré et Thieffry fondent leur présomption sur ce symptôme auquel certains cliniciens avaient attaché une signification opposée. De plus l'évidence des paralysies majeures ne doit pas faire ignorer les paralysies concomitantes moins évidentes ni leur importance fonctionnelle à venir.

Enfin le terme de poliomyélite ne doit pas faire oublier que les noyaux d'origine des nerfs craniens ne sont pas à l'abri du virus et que leur atteinte ne contredit pas le diagnostic de maladie de Heine-Médin.

Malgré leur gravité, les formes communes sont bénignes en regard des formes « extensives avec défaillance de la fonction respiratoire » « formes éventuellemen mortelles », second groupe des formes paralytiques. Les formes avec paralysies — même étendues — d'autres territoires ne comportent jamais de menace aussi grave ni aussi immédiate. C'est le degré d'altération de la fonction respiratoire qui fait le pronostic immédiat de toute poliomyélite, celui en particulier des formes dites aiguës, bulbaires, ascendantes, etc. Elles ne sont pas exceptionnelles : 10 à 20 % selon les épidémies et leur caractère malin se manifeste trois à quatre jours après l'apparition des autres paralysies. Un examen soigneux doit en déceler les premiers indices car rien dans le reste du tableau clinique n'est particulier à ces formes. Le mécanisme de la défaillance respiratoire n'est pas exclusivement bulbaire, la paralysie des muscles respiratoires par atteinte médullaire, l'encombrement bronchopulmonaire progressif par déglutition imparfaite avec ses conséquences mécaniques et infectieuses sont des facteurs au moins aussi actifs.

C'est à de telles formes que s'adressent les appareils respirateurs dont l'efficacité est soumise à l'importance de chacun de ces composants. L'atteinte bulbaire est une contre-indication, la paralysie des muscles respiratoires une indication formelle au *poumon d'acier ;* les troubles de la déglutition constituent une indication relative.

Ce travail clinique de M. Thieffry ne saurait être valablement résumé ici, mais sa pertinente étude du liquide céphalo-rachidien doit être signalée. Semaine par semaine sont suivies les variations cyto-chimiques dans les diverses formes, pendant les cinquante à soixante-dix jours utiles ; la phase initiale « méningitique » surtout pléiocytaire est suivie de la période paralytique de dissociation albumino-cytologique qui s'accentue ; ces modifications ne manquent jamais même dans les formes les plus bénignes et les mieux masquées.

Ces éléments méningés forment ainsi l'élément commun avec les formes non paralytiques, trop aisément ignorées encore. Bien que variant avec les épidémies, leur fréquence n'est jamais négligeable et jamais inférieure à 30 % (Fischer, 1937) ; les épidémies américaines de 1934, 1935, celle d'Allemagne de 1937 en ont relevé 75, 80 et même 90 %. La nocivité épidémiologique de ces formes est égale à celle des formes graves.

Non sans difficulté on peut les grouper en formes méningées pures, formes douloureuses à participation méningée, formes catarrhales sans signes nerveux et ces derniers groupes rejoignent sans doute celui des réactions méningées curables et le « grand tout » des « grippes » et autres indispositions mal classées qui sont le capharnaüm de la petite pathologie. Le liquide céphalo-rachidien peut apporter sa contribution au diagnostic à condition d'être examiné.

Le progrès épidémiologique et clinique est surtout un progrès en puissance ; quant à la thérapeutique classique, elle est depuis longtemps à quelques nuances près, au point mort.

***

Aux Etats-Unis cependant où la maladie de Heine-Médin est un fléau, ont été tentés ou renouvelés des efforts intéressants. Le « banc d'essai » de la méthode a été l'épidémie de 1946 (3.000 cas hospitalisés au Minnesota dont 200 en poumon d'acier et qu'à vingt simultanément dans un même hôpital).

La sœur Elisabeth Kenny avait, empiriquement, édifié déjà une méthode de traitement discutée, discutable mais non négligeable. 1946 a été l'occasion de son renouvellement et de sa correction sous l'influence des travaux de Knapp, professeur à l'Université de Minnesota. La largeur de vues, la puissance de moyens et le soin du détail qui marquent la science américaine de nos jours paraissent avoir, ici, encore, atteint des résultats qui méritent l'attention.

Pour Knapp et Sœur Kenny, trois facteurs primordiaux commandent tous les troubles et doivent être combattus selon une progression invariable.

D'abord le *spasme*, germe des déformations futures. C'est pour ces auteurs la manifestation la plus générale de la poliomyélite et la plus typique, qui existe dès les premiers jours et devient très vite irréversible, mais dont certaines localisations peuvent ne se révéler qu'à un examen méticuleux muscle par muscle, et grâce

(1) S. Thieffry. Le diagnostic de la paralysie infantile. Paris, Doin, 1947.

à une technique particulière ; le spasme dorsal est le plus important. Le spasme n'est pas une simple apparence due à l'affaiblissement des antagonistes.

L'aliénation musculaire désigne l'état particulier de la conduction neuro-musculaire qui diminue l'influx moteur parti du cerveau. Il y a inhibition de la conscience motrice qui « aliène » le muscle et en fait un élément en quelque sorte étranger.

Enfin l'*asynergie* qui dérègle la coordination des contractions et décontractions des systèmes musculaires qui participent à l'exécution d'un mouvement. C'est un trouble du rythme de la contraction, distinct de l'incoordination cérébelleuse et des substitutions spontanées par où le malade entreprend de parer aux déficiences.

L'importance fonctionnelle de la paralysie proprement dite est donc diminuée de tout ce qui relève de ces nouveaux facteurs.

Cette conception, ouvertement hétérodoxe, inspire une méthode de traitement dite « Kenny modifiée », à mettre en œuvre dès l'extrême début, dès que le danger de mort semble passé.

Des *applications chaudes* lutteront contre le spasme et la douleur : application sur chacun des muscles visés de bandes de flanelle longuement bouillies pour assurer leur homogénéité thermique et qu'un essorage énergique rendra tolérables à 70° ou 75°. Ces bandes seront renouvelées toutes les deux heures, ou plus souvent, pendant douze heures sur vingt-quatre ; la variation thermique inséparable de la technique elle-même est un stimulant utile et suffisant.

L'*extension des muscles spasmés* selon certains procédés très nuancés, aidée par la « persuasion appuyée » jusqu'au maximum de mobilisation de chaque articulation, en particulier dorsale, est un adjuvant original habituellement utile, à condition de ne pas exagérer le spasme par manque de doigté. Plus tard s'y ajoutera la gymnastique posturale et d'extension.

Enfin *la rééducation au mouvement*, reprenant pour ainsi dire l'éducation musculaire du malade au stade du nouveau-né. Une technique originale s'adresse à la stimulation tendineuse par le mouvement passif, à la restauration de la conscience motrice, et réalise le « mouvement passif appuyé ». Le concours du malade est sollicité par un enseignement oral de la physiologie du muscle et de la mécanique du mouvement. Ici se retrouve le caractère si particulier de la rééducation précoce avec coopération intellectuelle dirigée du malade que les chirurgiens de l'armée des U. S. A. ont durant la guerre pratiquée avec un si beau succès. Viennent enfin les exercices développant la force musculaire résiduelle, mais cherchant à restaurer la coordination avant la vigueur.

Il est des techniques adjuvantes : électrostimulation sélective du muscle, gymnastique sous l'eau, surveillée.

Plus tard viendront, moyennant éducation du malade et de l'entourage, les exercices à domicile, périodiquement surveillés encore ; enfin la rééducation professionnelle.

Il y a donc là tout autre chose que ce qu'on qualifie communément de rééducation. La pratique sur des cas nombreux semble avoir été assez encourageante pour que des « Centres de réhabilitation » spéciaux et un enseignement spécialisé dans les Universités aient été organisés.

Une plus longue épreuve est encore nécessaire et d'autres progrès s'ensuivront peut-être. Néanmoins dès maintenant, toutes les rééducations, militaires ou civiles, ont à gagner en s'initiant à la physiologie et à la technique des praticiens américains.

R. Levent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 20 mai 1947

Notice nécrologique. — M. Laubry donne lecture d'une notice sur M. Hautant.

Rapport au nom de la Commission du Charlatanisme. — M. Leroux. Discussion : MM. Dujarric de la Rivière, Bezançon, Brouardel, Rist.

Pathogénie de la fièvre typhoïde. — M. Hyacinthe Vincent présente des animaux auxquels ont été injectées la toxine neurotrope du bacille typhique sept heures auparavant et la toxine entérotrope du même bacille dix-huit heures auparavant. Quelques-uns de ces cobayes sont déjà morts ; tous présentent ou ont présenté les symptômes de stupeur (toxine neurotrope) ou le ballonnement abdominal, l'inertie et, à l'autopsie, les lésions classiques de l'intestin, des capsules surrénales, du rein, etc. (toxine entérotrope).

Après avoir rappelé sa première publication parue en 1915 à l'Académie des Sciences sur les deux toxines entièrement distinctes sécrétées par le bacille typhique, M. H. Vincent ajoute que la fièvre typhoïde est essentiellement une maladie d'intoxication due aux toxines précédentes sécrétées par le bacille typhique. Il a signalé l'existence des deux toxines, pour la première fois, en 1915, à l'Académie des Sciences.

L'arachnitis opto - chiasmatique du nourrisson. — MM. Ribadeau-Dumas et Tardieu. — 2 observations d'enfants nés dans un accouchement laborieux et présentant des signes d'arachnitis opto-chiasmatique. La première cause de l'affection réside dans une infection du cavum, silencieuse et négligée parce qu'inaperçue ; il en résulte des phénomènes de sensibilité et une infection méningée capable à son tour d'engendrer une encéphalite ; l'infection sanguine peut jouer également un rôle. Les troubles du diencéphale se décèlent par les troubles de la thermorégulation et du métabolisme de l'eau. Dans les observations rapportées, l'évolution s'est faite soit vers le coma et la mort, soit vers l'état de mal épileptique.

Raisons hygiéniques et climatiques en faveur du transfert des vacances scolaires en février (dans les écoles urbaines). — M. Armand-Delille.

Sur un cas de guérison d'atrophie ictéro-œdémateuse du foie. — MM. Chabrol, Fallot et Bergeron. — Dans un cas d'ictère catarrhal prolongé, aggravé par un traitement mercuriel intempestif sont apparus de l'anurie, un anasarque considérable, de la somnolence, des hémorragies, une diminution de volume du foie, des troubles de la glyco-régulation. Guérison obtenue par injections intraveineuses de plasma humain concentré et *per os* l'administration de 8 gr. de méthionine et de 40 gr. d'hydrolysate de caséine. Discussion : M. Laubry.

A propos de 28 nourrissons nés de parents tuberculeux, isolés et vaccinés au B.C.G.-S. P. Utilité des Centres de vaccination pour développer la prémunition antituberculeuse des tout-petits. — M. Bethoux (Grenoble).

Sur ces 28 nourrissons pourtant fragiles, un seul décès dû à une affection intercurrente (oto-mastoïdite toxique), ce qui montre l'innocuité de la méthode.

La période antéallergique a duré de deux à six mois ; l'allergie vaccinale de quatre mois à trois ans et plus, dans deux cas ne s'étant pas produite après un an une revaccination fut pratiquée. Pas d'accident dans 75 % des cas durant la période antéallergique, dans 35 % des cas, fièvre légère et instabilité pondérale sans gravité.

La prémunition antituberculeuse des tout-petits en danger de contamination, par le B. C. G.-S. P. doit se développer, mais pour cela des pouponnières d'adaptation bien agencées, véritables *centres de vaccination* sont nécessaires.

Comportement des vaccinés au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde. — MM. Mattéi, Corriol et Mlle Michel. — 61 cas de fièvre typhoïde avec 4 décès survenus dans une localité de 1250 habitants ont compris dans leur nombre 25 vaccinés (sur les 350 de la localité) dont l'un est mort. La fièvre typhoïde peut atteindre gravement des sujets dont la vaccination remonte à plus de dix ans bien que des vaccinés récents soient parfois atteints aussi. Une revaccination tous les deux ans semble nécessaire.

Elections. — MM. De Léobardy (de Limoges), Véran (de Nantes), Boisseau (de Nice), sont élus correspondants nationaux dans la section de Médecine.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 25 avril 1947

Le traitement des leucémies chroniques par l'uréthane. — MM. J. Bousser, B. Coblentz et Brochen ont traité par l'uréthane une leucémie myéloïde et une leucémie lymphoïde selon la technique préconisée par Miss Paterson et ses collaborateurs.

La leucémie myéloïde a reçu *per os* 86 g. d'uréthane en 27 jours. Les résultats ont été les suivants : chute de la leucocytose de 86.000 à 32.000 après élévation temporaire à 162.000, abaissement des myéloblastes de 17 pour 100 à 7 pour 100, abaissement de la température, diminution de l'asthénie. Par contre, pas de réduction de la splénomégalie qui reste énorme. Les globules rouges et l'hémoglobine n'ont pas varié. Un traitement consécutif par la radiothérapie fait régresser notablement la splénomégalie, normalise presque le sang, améliore très notablement l'état général.

La leucémie lymphoïde a reçu 85 g. en 44 jours, d'abord *per os*, puis par voie veineuse. Le seul effet notable a été une chute des leucocytes de 48.000 à 11.000 sans modifications qualitatives. Un traitement roentgenthérapique n'a pas eu plus d'influence sur la splénomégalie, les adénopathies, la formule leucocytaire et l'état général.

Au total, ce traitement n'a pas donné aux auteurs des résultats aussi brillants que ceux signalés par Miss Paterson. Il mérite cependant d'être expérimenté sur une plus large échelle.

La vaccination antivariolique chez les diabétiques. — MM. R. Boulin, P. Uhry et Guéniot ont laissé pratiquer la vaccination antivariolique chez 33 diabétiques. Malgré que 13 d'entre eux aient présenté des réactions locales intenses, il n'est survenu aucun accident gangréneux comme on le redoutait jadis. Par contre, chez 7 malades, la vaccination a provoqué une aggravation du diabète ; chez 6 l'aggravation a été légère, se bornant à une réapparition de la glycosurie et à une augmentation modérée des besoins d'insuline ; mais chez une malade atteinte de diabète bronzé, la fièvre vaccinale a provoqué 2 chutes consécutives dans le coma diabétique et les besoins d'insuline sont passés de 64 à 320 unités, indice d'une insulino-résistance sévère.

Il est donc indiqué de dispenser les diabétiques de la vaccination jennérienne, à moins qu'il ne s'agisse de diabète très bénin et que les risques de contamination soient graves.

La dysplasie fibreuse des os. — M. J.-A. Lièvre rappelle l'historique de cette maladie, dont il a indiqué en 1931 la séparation d'avec l'ostéosex parathyroïdienne (les deux affections étaient alors confondues sous le nom de maladie osseuse de Recklinghausen) et établit ses limites nosologiques : 1° *l'ostéose parathyroïdienne*, en dépit de certaines similitudes dans ses formes peu évolutives et de caractères histologiques communs, est de nature fondamentalement différente ;

2° Les observations de *xanthomatose* osseuse doivent être dissociées; on y trouve des cas de granulomatose osseuse vraisemblablement de même nature que le processus qui cause le syndrome de Schüller-Christian ; des lésions limitées entièrement différentes des cas précédents (xanthome solitaire, tumeurs à myéloplaxes avec xanthomatose, etc.), enfin quelques cas de xanthomatose des os longs ressemblant trait pour trait à la dysplasie fibreuse et dont certains au moins lui appartiennent ;

3° Les *lésions osseuses de la neurofibromatose de Recklinghausen* sont de types divers mais ne peuvent être assimilés à la displasie fibreuse qui n'est pas une expression de la neurofibromatose ;

4° Les *ostéodystrophies fibreuses localisées* (kystes, tumeurs à myéloplaxes, lacunes fibreuses métaphysaires) doivent être séparées des formes limitées de dysplasie fibreuse.

Dysplasie fibreuse des os à forme monomélique. — MM. J.-A. Lièvre et S.-B. Briskas exposent une observation de displasie fibreuse où le diagnostic avec la xanthomatose osseuse fut particulièrement ardu du fait de certaines constatations atypiques touchant le métabolisme des lipides.

Séance du 2 mai 1947

Méningite charbonneuse suraiguë. — MM. Claisse et Pestel rapportent l'observation d'un homme de 45 ans, docker parisien, chez qui s'est installé brutalement un syndrome méningé avec agitation intense et fièvre, précédant de peu le coma terminal.

L'examen du liquide céphalo-rachidien, montrant une véritable culture pure de bactéridies charbonneuses, la constatation rétrospective d'une pustule de la nuque apparue depuis quelques jours et négligée par le malade, permirent de poser de manière certaine le diagnostic de charbon.

Les auteurs insistent sur la rareté de telles formes. Les localisations méningées pures sont en effet exceptionnelles. Elles ont d'ailleurs certaines particularités : l'évolution rapide (dans le cas présent, 36 heures) et fatale, tandis que la mortalité des autres localisations de cette affection ne dépasse guère 20 % ; leur survenue après inoculation à la face ou au cou ; l'abondance enfin des germes dans le liquide céphalo-rachidien, comparable à une culture pure.

L'enquête épidémiologique a permis de préciser l'origine de ce cas : c'est en transportant sur son dos des peaux de chèvres récemment importées de Yougoslavie et insuffisamment contrôlées que ce sujet a été contaminé.

Maladie mitrale survenue au cours d'une septicémie à streptocoques hémolytiques traitée par la pénicilline. — MM. Jean Olmer, Erlande de Brandebourg, J. Perron, E. Abignoli et Delaage (Marseille). — Une jeune femme présente après un avortement provoqué une septicémie à streptocoque hémolytique, septicémie qui résiste à une thérapeutique particulièrement énergique (sulfamides et pénicilline). Il se constitue peu à peu un syndrome de mitralite absolument superposable à celui de la mitralite rhumatismale, phénomène absolument inhabituel en de semblables circonstances.

A ce sujet, les auteurs émettent l'hypothèse d'une modification symptomatologique due à une action thérapeutique certaine, mais incomplète. Ils envisagent également le rôle du streptocoque sous ses formes différentes dans les diverses modalités de l'endocardite maligne aiguë, maligne lente ou rhumatismale.

Tubercule du cervelet opéré et guéri. — M. Guiot présente un homme qu'il a opéré d'un tubercule du cervelet et qui est guéri depuis sept mois.

Il rappelle à ce propos les deux règles posées par Clovis Vincent : ablation très large de la tumeur et exérèse de toute la zone inflammatoire bacillifère. Le grand péril est en effet la méningite tuberculeuse consécutive par ensemencement du liquide céphalo-rachidien, qui peut éclater dans les trois mois consécutifs.

Le traitement médical des abcès pulmonaires par pénicillothérapie endobronchique précise. — MM. Ch. Mattéi, M. Tristani et A. Barbe (Marseille) apportent 31 observations cliniques et radiographiques complètes d'abcès pulmonaires francs (700 films, dont 277 projetables).

Ils rappellent le principe formel de la localisation exacte préalable de l'abcès pulmonaire, à traiter ensuite par instillation pénicillique endobronchique précise du foyer abcédé, *sans bronchoscope*.

Une vérification initiale par lipiodol-index doit, dès le début, confirmer l'exactitude des instillations. Une vérification terminale par lipiodol dirigé endobronchique contrôlera toujours la guérison.

Puis des projections éclairent la définition de l'abcès franc, la notion anatomo-clinique des zones, essentielle pour la localisation et le cathétérisme exact du foyer, l'aspect des divers cathétérismes zonaires (2.320 cathétérismes en 2 ans).

Les 31 observations, dont de nombreuses radiographies sont projetées ensuite, comportent 30 guérisons complètes et définitives, soit 95 pour 100 environ. Un seul échec pour un vieux foyer d'abcès à plèvre largement symphysée. Ni l'âge des abcès, ni les doses employées n'ont d'importance décisive, seule la localisation « zonaire » du foyer fixant sa situation et sa voie d'accès endobronchique est la condition primordiale d'un traitement efficace.

Après avoir signalé la relative fréquence et la guérison possible par pénicillothérapie endobronchique et pyopneumothorax partiels fistulisés, compliquant ou simulant les abcès pulmonaires, les auteurs rappellent les suppurations pulmonaires, distinctes des abcès francs : abcès « parabronchectasiques » dont le foyer guérit souvent ; suppuration de « cavités préformées » que la pénicillothérapie endobronchique ne peut qu'améliorer et préparer à l'exérèse nécessaire. Ils font ainsi le départ entre les suppurations pulmonaires justiciables de la chirurgie d'exérèse et les abcès pulmonaires francs, libres, qui guérissent régulièrement par le traitement médical de pénicillothérapie endobronchique précise, sans recourir à l'acte chirurgical.

CHRONIQUE

Leçon inaugurale du professeur Jean Delay

Le 29 mai 1947, le professeur Jean Delay a pris possession de la chaire de clinique des maladies mentales, spécialité où, depuis plusieurs années déjà, il donnait sa mesure de professeur.

La brève et cordiale présentation du doyen Léon Binet retraça le « cursus vitae » du nouveau maître, ses « enfances » laborieuses en province, son appétit du savoir, sa double et concomitante formation médicale et philosophique ; plus tard son activité d'expert en justice qui, à un âge où l'on n'est habituellement qu'un débutant, fut couronnée par un rapport devant les tribunaux de Nuremberg, ses « lectures » appréciées en Belgique, au Canada et aux Etats-Unis, les travaux enfin, qui font époque, sur la dissolution de la mémoire, l'électro-encéphalographie, le traitement de choc en psychiatrie.

Un auditoire, de par sa composition exigeant, où la médecine de toutes les disciplines se pressait aux côtés du haut enseignement philosophique, ne fut pas déçu par une leçon qu'elle attendait avec sympathie et avec une curiosité qui touchait à l'avidité.

Ce « lecteur » des universités anglo-américaines eut la coquetterie de tenir fermé son volumineux manuscrit et de « parler » une leçon inaugurale dont seule l'horloge montra l'étendue, mais que l'élégance très simple de la forme et la vigueur de la pensée rendirent brève aux auditeurs.

L'orateur sut même donner au remerciement traditionnel une élévation et même une noblesse que l'auditoire ne manqua pas d'apprécier et de souligner.

Le cortège des vivants et des morts à qui le professeur Delay adressa son hommage de disciple fut davantage qu'une galerie de portraits, mêmes psychologiques, ce fut en même temps l'esquisse de la naissance et du développement d'une vocation ainsi que de l'épanouissement progressif d'une personnalité. Dans chacun des portraits, le caractère majeur et l'empreinte reçue furent dégagées avec une rare pénétration.

Parallèlement se dégagea bientôt une attachante histoire de la psychiatrie, de ses rapports avec la neurologie, de sa croissante autonomie, de ses rapports aussi avec la médecine, la biologie et la psychologie dont elle forme à la fois le couronnement et la synthèse, des rapports enfin si variés et parfois si paradoxaux en apparence du physiologique et du psychologique.

Prenant pour son épanouissement à chaque discipline, la psychiatrie chemine désormais par des voies multiples qu'elle sait maintenir parallèles et, après une apparente stagnation, progresse désormais d'une marche harmonieuse et toujours plus rapide. Dans ses méthodes d'examen et de traitement, la psychiatrie sait être tantôt biologique et tantôt psychologique, tantôt médicale et tantôt chirurgicale, les examens radiologiques, chimiques, électriques, la narcose, le choc élargissent son action et la rendent toujours plus efficace contre les psychoses et les névroses.

Par l'interpsychothérapie, dernière-née, s'ouvre même une voie aux espoirs les plus ambitieux.

Grâce à l'enseignement qui commence et à l'alliance des techniques, les médecins tout court, non moins que les spécialistes futurs, trouveront les éléments nécessaires à une action féconde et à des progrès nouveaux.

R. L.

COURS

Hôpital Foch à Suresnes

Semaine du 9 au 14 juin 1947

Lundi 9 juin. — 9 h. 30 : Prof. ag. Kourilsky. Présentation des malades.

Mardi 10 juin. — 9 h. 30 : Dr Bidermann. Tuberculose bronchique.

Mardi 10 juin. — 10 h. 30 : Prof. ag. Kourilsky. Présentation des malades.

Mercredi 11 juin. — 9 h. 30 : Prof. ag. Kourilsky. Physiologie pathologique de l'appareil respiratoire. Régulation de la respiration.

Mercredi 11 juin. — 11 h. 30 : Prof. ag. Kourilsky. Présentation des malades.

Vendredi 13 juin. — 9 h. 30 : Dr Bidermann. Hémoptysies.

Vendredi 13 juin. — 10 h. 30 : Prof. ag. Kourilsky. Présentation des malades.

Samedi 14 juin. — 9 h. 30 : Prof. ag. Kourilsky. Consultation externe. Présentation des malades.

Nécrologie

Le Dr Bahuaud, professeur honoraire à l'Ecole de médecine, chirurgien honoraire des hôpitaux de Nantes.

— Le Dr François Jeunet, à Paris.

— Le Dr Denis Bour, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, décédé subitement à Paris, le 15 mai 1947.

— Le Dr E. Audard, ancien interne des hôpitaux de Paris (1899), 70, avenue des Ternes, à Paris.

Dépôt légal. — 1947. — trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 24. — SAMEDI 14 JUIN 1947 — 120e ANNEE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr
Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr.
Chèques Postaux Paris : 2538 76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements
et pour toute la correspondance
s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France	356 fr.
au lieu de	375 fr.
Un an : étudiant	190 »
au lieu de	200 fr.
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Chirurgien des hôpitaux (1er concours de 1947, une place). — M. Robert Judet a été nommé.

Concours de l'Internat en médecine (spécial)

Séance d'oral du mardi 3 juin 1947 à l'hôpital Necker

MM. Lemoine, André, 20 ; Betourné, Claude, 26 ; Méhaut, Marcel, 24 ; Richard, Jean, 24 ; Aubertin, Daniel, 23 ; Fritel, Guy 16 ; Thuau, François, 20 ; Crosnier, Jean, 24 ; Moreau, Louis, 28.

Questions sorties : Erythème noueux : signes et diagnostic ; symptômes et complications des calculs du cholédoque.

Sont nommés internes :

MM. Moreau, Louis ; Betourné, Claude ; Crosnier, Jean ; Méhaut, Marcel.

Sont nommés externes en premier :

MM. Richard, Jean ; Aubertin, Daniel ; Thuau, François.

Faculté de Médecine de Paris

En raison de la grève des transports, le professeur Rocha e Silva, actuellement à Londres, n'a pu être à Paris le mercredi 11 juin pour faire sa conférence. Celle-ci est reportée au mercredi 18 juin, à 18 heures à l'amphithéâtre Vulpian.

Faculté de Médecine de Montpellier
Diplôme de gastro-entérologie

Un diplôme de gastro-entérologie vient d'être institué à la Faculté de Médecine de Montpellier pour les étudiants en fin de scolarité et pour les docteurs en médecine français et étrangers qui s'intéressent à cette spécialité médicale.

L'enseignement théorique et pratique pour l'obtention de ce diplôme commencera à la Faculté de Médecine de Montpellier le mardi 18 novembre 1947, à 9 heures, sous la présidence d'honneur de M. le doyen Giraud.

Complet en deux ans, il comportera des cours théoriques, des examens de malades, des examens endoscopiques (gastroscopies, rectoscopies), des exercices pratiques (radiographies, tubages gastriques et duodénaux), des recherches de laboratoire clinique (cytologie, parasitologie, coprologie), sous la direction du professeur J. Baumel et avec la collaboration de professeurs, professeurs agrégés, chirurgiens, médecins et assistants des hôpitaux.

Le diplôme sera délivré à la fin de la deuxième année après un examen auquel pourront prendre part tous les étudiants et docteurs en médecine français et étrangers inscrits et qui auront régulièrement suivi les cours et exercices pratiques.

Les inscriptions seront reçues avant le 1er novembre 1947, mais ne seront valables qu'après acquittement des droits qui devra être effectué au plus tard le 15 novembre 1947.

Ces droits sont pour les docteurs en médecine :

Droits d'immatriculation : 300 francs ;
Droits de bibliothèque : 200 francs ;
Droits de laboratoire : 1.000 francs.

payables chaque année avant le commencement des cours, directement et personnellement au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Montpellier, les envois de fonds ne pouvant être acceptés.

Les étudiants en médecine en cours de scolarité n'ont à payer que les droits de laboratoire.

Médaille du professeur Louis Rimbaud

Les collègues, les élèves et les amis du professeur Louis Rimbaud ont formé le projet de lui offrir une médaille jubilaire au moment où il termine une bienfaisante carrière universitaire qui représente vingt-cinq années d'enseignement magistral et cinquante années de services hospitaliers.

L'exécution de la médaille a été confiée au talent du maître Dropsy.

Le Comité d'organisation est composé de MM. les professeurs P. Boulet, président ; M. Janbon et J. Margarot ; professeur agrégé H. Serre, secrétaire général, 3, rue Vaneau, à Montpellier ; docteur P. Passouant, trésorier ; professeurs agrégés A. Balmès, J. Boucomont ; docteurs G. Anselme-Martin, J. Chardonneau, Mme P. Lonjon, A. Vedel, anciens chefs de clinique du professeur L. Rimbaud.

Adresser les souscriptions par chèque bancaire ou versement postal au docteur Passouant, 14, avenue Frédéric-Mistral, à Montpellier. Compte chèques postaux : Montpellier, n° 643.97.

Un exemplaire de la médaille sera adressé à tout souscripteur dont le versement atteindra 800 francs.

Faculté de Médecine de Nancy

Prix de fondation. PRIX RITTER (400 francs). — Délivré à un ancien étudiant ou étudiant de la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy qui aura été l'auteur du meilleur ouvrage de chimie médicale fait dans un laboratoire de la Faculté de Médecine de Nancy.

PRIX GRANDOEURY-FRICOT (5.000 francs). — Décerné à un ancien étudiant ou étudiant de la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy, qui aura traité des remèdes contre les hémorroïdes et la phtisie.

PRIX ALEXIS-VAUTRIN (1er prix 3.500 francs, 2e prix 1.000 francs). — Décernés aux an-

ciens étudiants ou étudiants de la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy qui présenteront les meilleurs travaux sur la gynécologie, y compris la gynécologie cancéreuse.

PRIX JOSEPH-ROHMER (3.000 francs). — Décerné à un ancien étudiant ou étudiant de la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy, auteur du meilleur ouvrage sur un sujet d'ophtalmologie.

PRIX HEYDENREICH-PARISOT (prix de médecine ou de chirurgie, 500 francs). — Attribué alternativement au meilleur travail original sur un sujet de médecine ou de chirurgie.

PRIX DE CANCÉROLOGIE (1.000 francs). — Décerné à un ancien étudiant ou étudiant de la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy, auteur du meilleur travail sur un sujet de cancérologie.

Les travaux ou ouvrages devront être déposés au Secrétariat de la Faculté de Médecine, avant le 30 juin 1947.

Légion d'honneur

GRAND OFFICIER. — M. le profes. Fernand Bezançon.

CHEVALIER. — Les méd. capitaines Blavoux et Frechinot, méd. comm. Delavenne.

Les méd. lieut. Bidegaray, Blayac.

Le méd. s.-lieut. Nguyen Xuan Tien.

CHEVALIER A TITRE POSTHUME. — Drs Henri Guinier ; Roger Pironneau, étudiant ; Dr Arnold Weidenfeld, officiers F.F.I. morts pour la France.

Education nationale

Etudiants engagés dans le corps expéditionnaire d'Extrême-Orient. — Le J. O. du 1er juin 1947 publie un arrêté du 21 mai précisant que les candidats devront demander le bénéfice des dispositions les concernant dans un délai de six mois à compter de la date de leur démobilisation.

Médecine préventive de l'Enseignement supérieur

L'Assemblée annuelle des services de Médecine préventive de l'Enseignement supérieur aura lieu le mardi 24 juin 1947, de 14 h. 30 à 18 heures, au ministère de l'Education Nationale, salle du Conseil supérieur, 110, rue de Grenelle, Paris (7e).

Les médecins directeurs techniques des services de Médecine préventive de l'Enseignement supérieur et les médecins inspecteurs régionaux de l'Hygiène scolaire et universitaire assisteront à cette réunion qui précède le Congrès d'Hygiène scolaire et universitaire.

SANTE PUBLIQUE

Cabinet du ministre. — Sont nommés : directeur adjoint du cabinet, M. le Dr Henri Péquignot, chef de clinique, délégué à la Faculté de Médecine de Paris.

Chargés de mission : MM. les Drs Trémolières, médecin assistant des hôpitaux de Paris ; J. R. Debrays et le médecin commandant Brunel.

Attaché : M. le Dr Guéniot, ancien interne des hôpitaux.

Commission consultative

Sont nommés membres de la Commission :

1° Au titre de la tuberculose : MM. les Drs Arribehaute, méd. dir. d'Enval, Chadourne, méd. dir. des Roses, à Chevilly-Larue (Seine), Guilluy, méd. chef des dispensaires antituberculeux de Seine-et-Oise ;

2° Au titre du rhumatisme et des maladies de la nutrition : MM. les Drs de Sèze, médecin spécialisé dans les traitements du rhumatisme ; Coste, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin spécialisé dans le traitement du rhumatisme ; Guy Laroche, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin spécialisé dans les maladies de la nutrition ;

3° Au titre des maladies mentales : M. le Dr A. Fouquet, médecin des hôpitaux psychiatriques ;

4° M. le Dr Descomps, conseiller technique au ministère de la Santé publique et de la Population et au ministère du Travail et de la Sécurité sociale.

Consultations pré et postnatales. — Un décret n° 47.998 du 2 juin 1947 est relatif aux indemnités servies au personnel de la Maison maternelle nationale de Saint-Maurice chargée de la consultation pré et postnatale.

50 % du montant des allocations versées par la Caisse interdépartementale des A. S. (Seine et Seine-et-Oise) et par la S. N. C. F. au titre des consultations prénatale et postnatale sont répartis entre le personnel médical chargé de ces consultations, sans pouvoir dépasser annuellement 18.000 francs pour le médecin et 7.000 francs pour l'interne.

Médecins phtisiologues. — Par arrêté en date du 25 mars 1947 (J. O., 5 juin), les médecins dont les noms suivent, inscrits sur la liste supplémentaire établie à la suite du concours du 11 décembre 1946, ont été mis à la disposition des préfets des départements ci-dessous indiqués pour être affectés aux dispensaires antituberculeux de ces départements.

Ardèche. — M. le Dr Lescaille.

Tarn. — M. le Dr Balard.

Gers. — M. le Dr Fort.

Ille-et-Vilaine. — M. le Dr Cabanel.

Laboratoires d'analyses sérologiques. — Sont admis, parmi les certificats que doivent posséder les directeurs, directeurs adjoints et suppléants de laboratoires d'analyses médicales, pour pouvoir pratiquer les analyses sérologiques en vue du diagnostic de la syphilis :

1° Le certificat d'études supérieures de microbiologie, de parasitologie et de sérologie délivré par la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris ;

2° Le certificat de sérologie délivré par l'Institut Pasteur de Lille.

Union Fédérative Nationale des Médecins de Réserve, 58, rue Chardon-Lagache, Paris (16e). Tél. Auteuil 62-02 — Chèque postaux 254 45 Paris. — La dernière conférence du cycle 1946-1947 sera faite à la Faculté de Médecine de Paris le samedi 5 juillet, à 21 heures, par le médecin-lieutenant-colonel LABARTHE, directeur du S. S. de la 1re Division aérienne sur le « Service de Santé de l'Armée de l'Air pendant les campagnes 1944-1945 ».

Le quart de place (non remboursable) en 1re, 2e ou 3e classe pour les officiers ; en 2e ou 3e classe pour les médecins auxiliaires, est accordé à tout médecin de réserve, **membre de l'association,** ayant réglé sa cotisation pour 1947 (200 francs pour les membres, 50 francs pour les étudiants). Il est indispensable que les demandes parviennent au bureau de l'U.F.N.M.R. 18 jours avant la date de la conférence, soit avant le mercredi 18 juin. Les demandes doivent indiquer **lisiblement** le nom, les prénoms, l'adresse, le grade, la région militaire du postulant. Faute de **tous** ces renseignements, la demande ne pourra être acheminée.

Seuls les médecins de réserve régulièrement inscrits sur les contrôles de la Direction générale du S. S. peuvent bénéficier de cette faveur. (Les médecins de réserve honoraires en sont donc exclus.)

Les ordres de convocation sont adressés directement aux médecins de réserve par la Direction générale du S. S. en même temps qu'une carte de présence à remettre obligatoirement à la sortie de la conférence.

Le bureau de l'U. F. N. M. R. peut se charger de retenir des chambres au Cercle militaire, place Saint-Augustin, à condition d'être prévenu « au moins » dix jours à l'avance.

Pour les enfants des médecins de réserve

La Direction du Service social de l'Armée a réservé aux enfants des officiers de réserve du Service de Santé « trente » places dans la colonie de vacances de Neubulach (près Cadn), en zone occupée.

S'inscrire d'urgence au Siège social du groupement des Officiers de réserve du Service de Santé, 58, rue Chardon-Lagache, Paris (16e). Auteuil 62-02.

Croix-Rouge française. — La C. R. F. publie maintenant une édition médicale de FRANCE-CROIX-ROUGE, son organe officiel. Cette édition contient des articles originaux faisant connaître les travaux scientifiques des médecins attachés aux divers services de la C. R. F. Elle renseigne également sur ses différentes activités en France, dans la France d'Outremer et à l'étranger.

L'administration de « France-Croix-Rouge-Médicale » est 17, rue Quentin-Bauchart, Paris (8e). Tél. Elysée 64-49.

Ve Congrès des Médecins Electro-Radiologistes de langue française

Le Ve Congrès des Médecins Electro-Radiologistes de langue française aura lieu à Paris (Faculté de médecine) du 7 au 12 octobre 1947 sous la présidence du docteur Ledoux-Lebard, électro-radiologiste honoraire des hôpitaux de Paris, chargé de cours de radiologie clinique à la Faculté.

Quatre rapports seront discutés :

1° Anatomie radiologique du poumon, par MM. Maleki et Chatton (Montpellier) ;

2° Les signes radiologiques de stase et de suppression rénale au cours de l'urographie intraveineuse, par M. Robert Coliez (Paris) ;

3° La rœntgenthérapie de la douleur, par M. Gilbert (Genève) ;

4° La physiothérapie de la poliomyélite, par MM. Lefèvre et Jacques Bernard (Paris).

Renseignements et inscriptions au Secrétariat, 9, rue Daru, Paris (8e).

L'Union des Médecins Français organise une séance de cinématographie médico-chirurgicale le 19 juin 1947, à 20 h. 45, salle Iéna, 5 bis, avenue d'Iéna.

M. le Prof. Binet, doyen de la Faculté de Médecine, présentera son film sur la réanimation et on projettera ensuite une série de films médicaux et chirurgicaux.

Cartes d'invitation à l'entrée ou à l'Union des Médecins Français, 2, rue de Sèze, ou à l'Union Nationale des Intellectuels, 2, rue de l'Elysée, de 9 à 12 h. et de 14 à 18 heures.

(Suite des informations, p. 357.)

LES ACTUALITÉS MÉDICALES PRATIQUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le diagnostic précoce des cancers des voies respiratoires et digestives supérieures

Par M. le Professeur F. LEMAITRE (1)

Nous savons, nous médecins, que le cancer est une affection curable ; c'est d'ailleurs une notion que nous devons répandre.

Nous savons également que les chances de guérison sont d'autant plus grandes, pour un même cancer, que celui-ci est reconnu plus tôt.

Nous savons enfin que les cancers des voies respiratoires et digestives supérieures sont des cancers les plus souvent visibles et tangibles.

Je voudrais, ce soir, vous montrer comment nous pouvons et nous devons bénéficier de cet avantage pour porter un diagnostic précoce.

Avant tout, apprenons à connaître nos ennemis pour les mieux dépister.

Pour cela, quelques notions d'histologie et d'histo-pathologie sont nécessaires.

Prenons comme type l'amygdale avec :

— Son épithélium ;
— Son tissu conjonctif ;
— Son tissu lymphoïde (lymphocyte et endothélium réticulé).

A. — ÉPITHÉLIUM :

a) Si les cellules cancéreuses reproduisent exactement l'épithélium, on a affaire à un épithélioma typique, ou « spino-cellulaire ».

b) Si les cellules cancéreuses reproduisent partiellement l'épithélium, on a affaire à un épithélioma « baso-cellulaire ».

c) Si les cellules cancéreuses s'éloignent nettement de l'espèce des cellules de l'épithélium normal, c'est « l'épithélioma atypique ».

d) Enfin, au niveau de l'amygdale, l'épithélium et les lymphocytes sont associés, d'où l'existence du tissu lympho-épithélial qui peut donner un cancer. L'épithélium devient cancéreux, mais le lymphocyte ne l'abandonnera pas ; le lymphocyte reste normal. C'est « l'épithélioma lymphoïde », le « lympho-épithéliome » de Regaud.

Ces différents épithéliomas comportent des indications thérapeutiques un peu différentes.

B. — TUMEURS CONJONCTIVES. :

a) Sarcomes banaux, le plus souvent fasciculés, provenant du tissu conjonctif banal ;

b) Ostéo- ou ostéo-chondro-sarcomes ;

c) Myosarcomes avec ses deux variétés de Rhabdo- et de léiomyosarcomes ;

d) Sarcomes du tissu lymphopoïétique (« lympho-sarcomes » « réticulo ou endothélio-sarcomes »).

Si le lymphocyte est en cause, plusieurs éventualités peuvent se présenter ; on peut observer :

1° Le lymphosarcome typique, ou « Lymphocytome » ;
2° Le lymphosarcome métatypique, ou « Lymphoblastome » ;
3° Le lymphosarcome atypique.

En général, le sarcome ne fait pas d'adénopathies, exception faite pour les sarcomes du tissu lymphopoïétique qui, au contraire, donnent des adénopathies précoces, pouvant être volumineuses.

C. — TUMEURS DYSEMBRYOPLASIQUES (DYSEMBRYOMES) :

Nous savons que pour qu'une cellule devienne cancéreuse, il faut qu'elle soit anormale.

Dans ces tumeurs, l'anomalie de la cellule consiste dans le fait qu'elle n'est pas à sa place.

(1) Leçon faite par M. le Professeur Lemaître à la Faculté de Médecine, le 21 mars 1947, recueillie par le Dr Jean Goldman et revue par le professeur.

Anatomie pathologique macroscopique :.

L'épithélioma se développe sur une muqueuse.

a) L'épithélioma peut donner naissance à un bourgeon plus ou moins volumineux. C'est la forme « végétante » ;

b) L'épithélioma peut évoluer en surface : c'est la forme « ulcéreuse » ;

c) L'épithélioma peut gagner très rapidement la profondeur, c'est la forme « térébrante » ; dans cette forme, l'aspect rappelle celui du sarcome.

Quelles sont les réactions vis-à-vis des ganglions ?

Presque toujours, il y a envahissement ganglionnaire dans les épithéliomas. Mais la précocité et l'importance de cet envahissement qui signe le pronostic du cancer sont des plus variables, d'où la hiérarchie dans la malignité des cancers. Dans les sarcomes, nous l'avons vu, il n'y a jamais d'adénopathies, sauf dans les sarcomes de la série lymphoïde ; de même, il n'y a pas d'adénopathie dans les dysembryomes.

Pour ce qui concerne la hiérarchie des cancers, disons que :

— Les épithéliomas de la peau dans lesquels on ne trouve pour ainsi dire jamais d'adénopathies évoluent lentement et guérissent très facilement.

— Les épithéliomas du palais ou de la voûte palatine sont également de « bons cancers » qui ne font que tardivement des adénopathies.

— Les épithéliomas de la corde vocale traités de bonne heure guérissent dans la proportion de 19 sur 20.

— Les épithéliomas *intrinsèques* du larynx font des adénopathies tardives ; ils sont encore assez favorables.

— Les épithéliomas *extrinsèques* du larynx et, plus encore, les épithéliomas du pharynx, très lymphophiles, sont infiniment plus graves.

Clinique (petits signes du début).

A. — CANCER DU SINUS MAXILLAIRE :

Le cancer du sinus maxillaire emprisonné dans l'os maxillaire supérieur est au début sans adénopathie. Il se développe après une sinusite ou après une irritation chronique. La muqueuse normale du sinus est cylindrique ciliée ; l'inflammation provoque la chute des cils ; puis les cellules deviennent plates. Il y a « métaplasie » ou état précancéreux. Si l'épithélioma se greffe, il sera pavimenteux.

Les signes varient essentiellement suivant le siège de l'extériorisation du cancer, c'est-à-dire suivant la paroi du sinus, la première intéressée.

Paroi supérieure :

Dans ce cas, le malade qui présente du chémosis ou une parésie du droit inférieur va consulter l'ophtalmologiste.

Paroi interne :

C'est l'oto-laryngologiste qui est consulté, soit pour obstruction nasale récente, soit pour mouchage de sang, voire même simple mouchage de pus dû à la sinusite causale ou à la réaction inflammatoire due au cancer.

Paroi entéro-externe :

Le malade qui présente une joue dont le volume augmente s'adresse au chirurgien qui peut découvrir une anesthésie du sous-orbitaire.

Paroi postérieure :

L'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire et son riche contenu nerveux sont intéressés ; le malade s'adresse au neurologiste pour des douleurs parfois très violentes.

Paroi inférieure :

C'est la plus souvent atteinte, car la partie basse du sinus en contact permanent avec les sécrétions inflammatoires est la première cancérisée. Le praticien de l'art dentaire, souvent consulté, doit bien connaître les petits signes du début de cette extériorisation.

Trois modes d'extériorisation :

a) *Par le vestibule bucal :*

Parfois le malade, porteur d'un appareil dentaire, va trouver son dentiste car l'appareil ne « tient plus bien ». Le dentiste opère la rectification nécessaire, mais bientôt l'appareil ne « tient plus ». Une nouvelle correction sera suivie d'un nouvel échec, à moins que le dentiste, averti de la signification de ce que j'appelle le « signe du dentier », ne procède à l'examen minutieux du vestibule buccal qui présente quelques légères mais importantes

modifications : il est abaissé, élargi, empâté, et la muqueuse rougeâtre, télangiectasique.

b) *Par la dent :*

Parfois une molaire est directement refoulée par le cancer. Le dentiste trouve une dent souvent sans carie qu'il lui suffit de cueillir, l'alvéole déshabitée conduit dans le sinus ; puis, quelques jours plus tard, un bourgeon rouge saignant y fait son apparition.

c) *En dedans de l'alvéole :*

Cette extériorisation palatine est plus rare. Le dentiste doit également la connaître car c'est encore lui qui, le plus souvent, sera consulté.

B. — Tumeurs de la voute palatine :

Le « signe du dentier » permet aussi de dépister les tumeurs mixtes, les cylindromes qui ont leur siège d'élection au niveau de la parotide et aussitôt après, au niveau de la partie postéro-externe du palais osseux. Depuis que je répands cette notion au cours de mon enseignement aux dentistes, j'ai eu la satisfaction d'observer d'assez nombreux cas de ces dysembryomes adressés par le praticien de l'art dentaire, alors que la tumeur petite, à peine visible, insoupçonnée, était tout à fait curable ; ablation facile, sans ouvrir la mince capsule d'enveloppe ou destruction limitée, bien que totale, à l'électro-coagulation.

C. — Cancer de la corde vocale :

Ce cancer, avons-nous dit, est bénin, mais à condition que le diagnostic en soit fait précocement ; or, il existe une loi qui permet de le dépister à son début : « Tout homme ayant dépassé la quarantaine et qui présente une aphonie persistante et que rien n'explique, doit être considéré comme suspect d'un cancer du larynx. »

J'ajoute : « Cette loi s'applique même et *surtout* aux sujets syphilitiques, car, ne l'oublions pas, la syphilis prépare le nid au cancer. » On a toujours tendance, chez un syphilitique, à rapporter tout à la syphilis. On met donc le sujet au traitement spécifique, mais attention ! on donne un coup de fouet au cancer (surtout avec les iodures !) et on perd un temps précieux.

Sans doute, il faut compter avec la cancérophobie et du malade, et même du médecin, et c'est le petit reproche que l'on pourrait faire à cette loi qui, systématiquement appliquée, a considérablement augmenté le pourcentage des guérisons des cancers de la corde vocale.

D. — Ulcérations de la langue :

En présence d'une ulcération de la langue, on pense au cancer, à la syphilis tertiaire, à la tuberculose. Or, il existe des ulcérations douloureuses et persistantes qui relèvent d'un simple traumatisme dentaire. Il suffit parfois d'une simple avulsion de la dent causale ou même de son obturation pour amener, en quelques jours, la guérison complète.

L'épithélioma peut revêtir les trois formes que l'anatomie macroscopique nous a révélées :

— Forme végétante : le diagnostic s'impose.

— Forme ulcéreuse : la biopsie simple est indiquée.

— Forme térébrante : le toucher prend une importance capitale et en cas de doute, un prélèvement assez profond, une biopsie au bistouri est nécessaire. A signaler à ce sujet l'existence des cancers du plancher buccal cachés sous la langue où on n'aperçoit souvent qu'une petite ulcération fissuraire d'apparence insignifiante. A signaler également l'importance de certaines otalgies, signe d'alarme de la forme térébrante. Méfions-nous du malade qui vient consulter avec du coton dans une seule oreille.

E. — Cancers de l'amygdale :

Epithéliomas :

Deux points sont à retenir :

1° La même variété histologique donne chez tel sujet des adénopathies volumineuses et chez tel autre, une absence totale de réaction ganglionnaire ;

2° La forme térébrante, née au fond d'une crypte, demeure longtemps tout à fait invisible.

En conséquence, on peut observer des masses cervicales très importantes, sans modification apparente de l'amygdale. On porte alors les diagnostics les plus divers (y compris le diagnostic de tuberculose ganglionnaire), sauf celui de cancer de l'amygdale.

On peut également observer des cas où rien n'est visible, ni au niveau du cou, ni au niveau de l'oro-pharynx, d'où l'importance du *toucher amygdalien* qui, seul, révèle une dureté profonde toujours suspecte ; c'est alors que s'impose la biopsie profonde, au bistouri, de préférence électrique.

L'épithélioma lymphoïde, fréquent au niveau de l'amygdale, présente lui aussi des réactions ganglionnaires très variables.

Sarcomes :

Presque toujours, il s'agit de tumeurs de la série lymphoïde, donc avec adénopathies. Mais celles-ci sont différentes suivant le type histologique. Le lymphocytome qui se développe chez les jeunes évolue avec une extrême rapidité et intéresse, en même temps, ganglions et amygdale, sans que l'on puisse prévoir le point de départ. Ce sarcome « amygdalo-ganglionnaire », comme je l'appelle, bien que très radiosensible, ne guérit jamais, contrairement au lymphoblastome moins lymphophile.

F. — Cancers du maxillaire inférieur :

Nous sommes ici en présence d'un os. Il n'existe donc, à proprement parler, pas d'épithélioma. En clinique, on appelle cancers du maxillaire inférieur, les épithéliomas qui, nés sous la muqueuse gingivale, envahissent l'os.

Si le cancer est végétant, le diagnostic s'impose très vite.

Par contre, si le cancer est térébrant, son diagnostic peut rester longtemps méconnu (Lemaître et Ruppe). Comme pour le cancer de la paroi postérieure du sinus maxillaire, le malade est parfois adressé au neurologiste en raison de phénomènes douloureux, de type névralgique accusés par le patient. Le dentaire inférieur comprimé par le cancer est, en effet, le premier à protester. Le « signe de Vincent » ou anesthésies du nerf mentonnier doit faire craindre un cancer. Dans ce cas, une radiographie confirme le diagnostic, en montrant une destruction osseuse irrégulière, plus ou moins importante.

N'oublions pas que cet épithélioma térébrant ne présente souvent pas de ganglions, contrairement à l'épithélioma végétant.

Nous ne devons pas quitter le maxillaire inférieur sans dire un mot de la dysembryoplasie ; que l'on appelle à tort « épithélioma adamantin ». En effet, la tumeur formée de cellules adamantines est un simple dysembryome ; sans doute, il réapparaît souvent après une opération parce que ce cousin germain des kystes dentigères (au lieu d'être limité et arrondi comme eux) présente des prolongements pouvant gagner la branche montante et que l'acte chirurgical laisse souvent en place un ou plusieurs prolongements, lesquels continuent à évoluer pour leur propre compte...

Je sais bien que dysembryome est synonyme d'état précancéreux et j'ai moi-même observé trois cas de transformation d'adamantinome en cancer. Mais, même dans ces cas, d'ailleurs très rares, il n'y a pas d'épithélioma adamantin ; la métaplasie a joué ; ce ne sont pas les cellules adamantines qui deviennent cancéreuses, mais bien les cellules métaplasiées qui engendrent un épithélioma pavimenteux ou atypique.

G. — Cancers de la base de la langue :

Ces cancers, le praticien ne peut les voir, situés qu'ils sont en arrière du V lingual (alors que le laryngoscope les met en évidence). Je voudrais toutefois rappeler ici un petit signe sur lequel le professeur Sebileau a souvent insisté : la déviation de la langue. Le cancer de la base de la langue est souvent latéral. Dans ce cas, il joue comme une amarre qui immobilise la langue du côté où il se trouve. Si donc, on demande au patient, de tirer la langue, celle-ci obéit du côté sain, mais reste fixée du côté malade. Résultat : la langue protractée d'un côté, immobilisée de l'autre, est nettement déviée... du côté malade. En cas de paralysie de l'hypoglosse, la déviation existe, mais elle se fait du côté opposé ; d'ailleurs, en cas de paralysie, le tremblement fibrillaire et l'atrophie musculaire aident au diagnostic différentiel.

Si le cancer de la base de la langue est médian, les deux côtés sont amarrés en arrière ; il n'y a pas de déviation, mais impossibilité de toute protraction : la langue reste immobile.

H. — Cancers du cavum et des gouttières pharyngées :

Si je réunis ces cancers sous une même rubrique, c'est que, en clinique, ils donnent parfois lieu aux mêmes erreurs de diagnostic.

Les épithéliomas du pharynx sont, en général, très lymphophiles. S'il s'agit du pharynx buccal, l'ulcération est presque toujours visible, dès que l'on fait ouvrir la bouche du malade, mais combien différents sont les cancers du pharynx nasal (ou cavum) ou du pharynx laryngien dans ses parties latérales (ou gouttières pharyngo- laryngées).

L'ulcération cancéreuse de ces deux régions est des plus difficiles à dépister, même avec l'aide d'appareils spéciaux et perfectionnés. Il arrive non exceptionnellement que le chirurgien adresse au spécialiste un malade porteur d'une adénopathie qu'il suppose à juste titre être cancéreuse, en vue de connaître le siège de l'épithélioma. Le spécialiste, après un examen consciencieux, répond que les voies respiratoires et digestives supérieures sont normales. Le chirurgien opère et le laboratoire affirme épithélioma spino-cellulaire ou atypique. C'est, pour le chirurgien, la faillite de la laryngologie... ou du laryngologiste, aussi je conseille dans ces cas de pratiquer une biopsie, non pas sur la lésion, puisqu'elle semble invisible, mais bien sur le ganglion lui-même.

Cette biopsie indirecte, positive, réclame un nouvel examen sous anesthésie générale si cela est nécessaire.

Tels sont, Messieurs et chers Confrères, quelques-uns des petits signes qui permettent aux médecins-praticiens et aux chirurgiens-dentistes, de dépister de bonne heure certains cancers des voies respiratoires ou digestives supérieures : ne les oubliez pas ! Je suis convaincu, par une expérience de plus de quarante ans, qu'ils vous permettront d'adresser vos malades en temps voulu au chirurgien, spécialiste ou non, et de sauver ainsi la vie à un grand nombre d'entre eux, sans augmenter pour cela le nombre, certes impressionnant, des cancérophobes.

De la fréquence de la diphtérie chez l'enfant dans ses rapports avec la vaccination

Par Robert Rendu (Lyon)

Une notion capitale doit être continuellement présente à l'esprit quand on étudie le problème de l'immunisation contre la diphtérie, c'est la rareté de cette maladie. Seuls à notre connaissance, deux médecins américains, Collins et Councell, ont eu l'idée de rechercher combien de sujets contractaient la diphtérie pendant leur enfance. Ces auteurs (1) ont fait porter leur enquête sur plus de 200.000 familles et ont montré que, *sur 100 enfants parvenus à l'âge de 15 ans, 5, 6 ou 7 seulement* (2), *avaient été atteints de diphtérie à un moment donné de leur vie.* Etendant leurs recherches à d'autres maladies contagieuses de l'enfance, Collins et Councell ont abouti à de suggestives constatations : alors que, pendant les quinze premières années de la vie, 7 % seulement des enfants avaient contracté la diphtérie, 12 % avaient eu la scarlatine, 76 % la coqueluche et 89 % la rougeole.

De notre côté (3), nous avons cherché à nous rendre compte de la fréquence de la diphtérie en Europe ; nous avons, pour cela, recherché dans différentes villes, le taux annuel de morbidité diphtérique pour 100 enfants et l'avons multiplié par le chiffre 15, qui équivaut à la durée de la vie infantile ; on obtient ainsi, approximativement, le nombre de cas de diphtérie qui apparaissent chez 100 enfants au cours des quinze premières années de la vie. Ce calcul donne des résultats qui varient naturellement suivant les régions et les époques ; si nous faisons la moyenne des villes d'Aix-la-Chapelle, Leipzig, Copenhague, Varsovie, Lodz, Pavie, Paris, Lyon, Saint-Etienne, nous obtenons entre 1922 et 1942, un pourcentage de 6,25 % qui est sensiblement le même que le pourcentage américain (5 à 7 %). Ainsi donc, la diphtérie apparaît comme la plus rare des maladies contagieuses de l'enfance puisque, sur 100 enfants, 7 seulement sont appelés à la contracter : dès lors, *la vaccination antidiphtérique ne saurait avoir pour but que d'empêcher ces 7 enfants de contracter la diphtérie, puisque les 93 autres, même non vaccinés, se comportent pratiquement comme s'ils étaient réfractaires à cette maladie.* Un vaccin, pour commencer à être efficace, devra donc être capable de protéger plus de 93 % des vaccinés ; il ne remplira vraiment tout son but que si ce pourcentage atteint un chiffre voisin de 100 %.

Examinons combien d'enfants sont, d'après la réaction de Schick, rendus théoriquement réfractaires à la diphtérie. Si, de 1924 à 1931, de nombreux auteurs (Zoeller, Lereboullet et Joannon. Lereboullet, Boulanger-Pillet et Gournay, Dopter, Ramon, Debré et Mozer... (4) ont soutenu que la vaccination à trois injections donnait 100 % de succès, Lereboullet en 1931, notait 2 % d'échecs (5), Martin, Loiseau et Lafaille, 4 à 6 % (6). Cinq ans après, en 1936, Tomcsik (7) déclarait que « 8 à 10 % des vaccinés restent réceptifs à la maladie » ; en 1939, G. Ramon constatait (8) que « dans la pratique courante... 5 à 10 % des sujets vaccinés n'ont pas été immunisés ». Enfin, plus récemment (décembre 1944), ce même auteur reconnaissait loyalement que « 10 *pour cent*, 15 *pour cent même, des sujets vaccinés sont encore réceptifs à la diphtérie* (9) ».

Ainsi donc, le pourcentage d'échecs ne cesse de s'accroître puisqu'il était de 0 % en 1924 et qu'il atteint finalement 10 à 15 % en 1944 : notons en passant que cette progression dans l'inefficacité cadre mal avec les nombreux perfectionnements apportés depuis vingt ans à la méthode : accroissement continuel du pouvoir antigène du vaccin, qui, au début était de 8 à 10 unités anatoxiques par centimètre cube, et maintenant est obligatoirement de 30 unités anatoxiques (10) ; augmentation des doses injectées (3 cc. au total au début, 8 cc. maintenant), multiplication des injections (2 au début, 4 maintenant avec l'injection de rappel) ; amélioration de l'espacement des injections, etc... Puisque de nombreux auteurs avaient, de 1924 à 1931, constaté 100 % de succès, on se demande vraiment pourquoi on a cherché à perfectionner une méthode qui s'avérait parfaite dès sa naissance. Quoi qu'il en soit, il est indéniable, d'après G. Ramon lui-même, que le taux des échecs, la « marge de défaillance » du vaccin atteint actuellement la proportion de 10 à 15 %.

On s'est ingénié à trouver des explications à ces insuccès et l'on a émis diverses hypothèses : tantôt on a supposé qu'il s'agissait de sujets « hypo-résistants à l'infection diphtérique » ou « hyper-réceptifs à la maladie », tantôt on a admis, sans preuve, que l'enfant avait dû être « infecté par un bacille particulièrement virulent » ou qu'il y avait eu un « fléchissement temporaire de l'immunité vaccinale »; tantôt enfin on s'est contenté de dire qu'on avait eu à faire à « de mauvais producteurs d'anti-toxines », à des « anergiques constitutionnels », à des sujets « inertes », « réfractaires au vaccin », « inaptes à l'immunisation », « ne réagissant pas à l'antigène injecté », bref à des « vaccino-résistants ».

---

(1) S. D. Collins. Past incidence of certain communicable diseases common among children : *U. S. Public Health Reports* T. 39, 1924, p. 1553-1567.

S.-D. Collins et G. Councell. Extent of immunisation and Case history for diphteria, Smallpox, Scarlat Fever, and typhoid Fever in 200.000 surveyed families in 28 larges Cities. *U. S. Public Health Reports.* 23 juillet 1943, p. 1121-1151 et 18 déc. 1936, p. 1736-1773. History and frequency of diphteria immunizations and cases in 9.000 famililes.

(2) Ce pourcentage varie naturellement suivant les dates des enquêtes, en raison des fluctuations épidémiques.

(3) Robert Rendu. Vaccination antidiphtérique. Réflexions préliminaires sur la morbidité diphtérique. *Lyon Médical*, 14 mai 1939, n° 20, p. 560-562.

(4) Voir les références dans : Rougier, *Thèse Lyon*, 1931, p. 64-65 et 71.

(5) Lereboullet. *Société Méd. des Hôp. de Paris*, juin 1931.

(6) *Monde Médical*, 1931.

(7) Tomcsik. Les résultats de la vaccination par l'anatoxine en Hongrie. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1932, t. II, p. 587.

(8) G. Ramon. Quinze années d'application à la prophylaxie de la diphtérie de la vaccination par l'anatoxine spécifique. *Ann. Inst. Pasteur*, janvier 1939, p. 10.

(9) G. Ramon. Les anatoxines. Résultats de vingt années d'application à la prévention et au traitement de diverses maladies infectieuses. *Paris Médical*, 22 décembre 1944, p. 240.

(10) *Journal Officiel*, 2 octobre 1941, p. 4251.

Quelques fondées que puissent être ces appellations explicatives », il n'en reste pas moins que les 10 à 15 % *d'enfants dont le Shick n'est pas négativé par le vaccin sont précisément ceux qu'il faudrait arriver à immuniser puisque c'est parmi eux que se recrutent les 7 % qui, pratiquement, contracteront la maladie au cours de leur vie infantile.*

G. Ramon ne paraît pas surpris outre mesure de ce que son vaccin ne donne que 85 à 90 % de succès : « L'absolu, dit-il, n'est pas du domaine de la biologie, non plus que de celui de la médecine (11) ».

« Sans doute, ajoute-t-il, on objectera que 10 %, 15 % même des sujets vaccinés sont encore réceptifs à la diphtérie, mais n'est-ce pas déjà un résultat des plus satisfaisants que d'abaisser la morbidité dans de telles proportions (12)? » Cette dernière phrase donne pleinement raison à J. Legendre quand il remarquait que, pour certains immunologistes, « tout individu vacciné qui n'a pas été atteint par la contagion est considéré comme ayant été protégé par le vaccin (13) ».

(11) G. Ramon. *Acad. de Méd.*, 20 décembre 1938, p. 735.
dieases common among children. *U. S. Public Health Report,s*
(12) G. Ramon. *Paris Médical*, 22 décembre 1944, p. 240.

CONCLUSIONS

Les statistiques américaines et européennes prouvent qu'en moyenne 6 à 7 % seulement des enfants contractent la diphtérie au cours des quinze premières années de la vie. D'autre part, les immunologistes eux-mêmes reconnaissent que 10 à 15 % des sujets vaccinés restent réceptifs à la maladie. Tant que le filet vaccinal laissera passer entre ses mailles plus de « vaccino-résistants » qu'il n'y a d'enfants appelés à contracter la diphtérie on aura le droit de réserver son opinion sur la valeur de cette vaccination.

(13) J. Legendre. *Presse Médicale*, 17 septembre 1930, p. 1267.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 12 mai 1947

Les complexes antagonistes des filtrats de « Penicillium notatum », d' « Actinomyces griseus », de « B. subtilis » et leur action « in vitro » sur le virus de la vaccine. — MM. G. Ramon et R. Richou relatent les expériences qu'ils ont effectuées au moyen des filtrats de culture de *Penicillium notatum*, d'*Actinomyces griseus*, de *B. subtilis*, dont le contenu riche de principes variés, antibiotiques, antidotiques, diastasiques, mérite la dénomination de *complexes antagonistes.*

Il ressort de ces expériences, et tout spécialement de celles réalisées à l'aide des filtrats de *B. subtilis*, que les complexes antagonistes issus des milieux de culture de ce germe banal peuvent être non seulement doués d'un pouvoir antibiotique vis-à-vis de différentes bactéries pathogènes et d'un pouvoir antidotique à l'égard des exotoxines microbiennes, mais encore peuvent se montrer capables — au contraire de la pénicilline et de la streptomycine purifiées, par exemple — d'exercer *in vitro* une action virulicide relativement énergique sur le virus de la vaccine comme sur d'autres ultra-virus. Ces recherches sont poursuivies dans le double but d'élucider le mécanisme d'une telle action et de préciser à la fois la nature des constituants chimiques des virus et le rôle respectif des composants des complexes antagonistes.

Séance du 19 mai 1947

Sur la clitocybine. — M. Hollande confirme ses premières recherches. La clitocybine a une action bactériostatique et bactériolytique sur le bacille de Koch humain. La clitocybine B serait la plus active.

L'acide allénolique et ses dérivés. — MM. Robert Courrier, A. Horeau et J. Jacques. — Certains dérivés du corps dénommé par les auteurs acide allénolique (en hommage à la méthode de E. Allen) ont des propriétés œstrogènes. L'acide diméthyl-éthyl-allénolique est un œstrogène artificiel de grande puissance, aussi efficace par voie digestive qu'en injection sous-cutanée.

Hérédité et mutation brusque. — M. Esnault-Pelterie.

Détection rapide du virus typhique chez les parasites par l'absorption des agglutinines spécifiques. — MM. P. Giroud et J. Jadin.

Séance du 2 juin 1947

Actinomycose rénale. — M. A. Sartory et Mlle Christiane Bailly ont eu l'occasion d'isoler de l'urine d'un malade suspect de tuberculose rénale un actinomyces acido-alcoolo-séro-résistant difficilement cultivable sur les milieux ordinaires solides ou liquides, mais de poussée facile sur les milieux à base de sérum ou de sang. Ce parasite est un aérobie strict. Dans l'urine la confusion avec le bacille de Koch est possible. L'étude de cette bactérie acido-résistante a permis au médecin traitant de poser le dignostic d'actinomycose rénale. Le traitement ioduré a donné les meilleurs résultats. Actuellement le malade est cliniquement guéri. Les auteurs proposent le nom d' « Actinomyces sérophilus » pour désigner ce nouveau parasite.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Séance du 3 juin 1947

A propos du procès-verbal. — M. H. Vincent (Endotoxines du bacille typhique).

Nécrologie. –Le président fait part à l'Académie du décès de M. Boquet et prononce une brève allocution.

Rapport. — M. Fabre (au nom de la Commission des sérums).

Sur la mortalité infantile. — MM. Lesné et Debré. — Du fait de la guerre et de toutes les difficultés qui lui font suite, on a compté en 1946 100.000 décès d'enfants au-dessous d'un an.

La régression générale de la mortalité en 1946 tient surtout à la survie d'adultes et de vieillards et ne se répercute qu'incomplètement sur les statistiques de l'enfance, en particulier pour les enfants de moins de quatre mois qui fournissent plus d'un tiers des morts avant l'âge d'un an, compte tenu d'une aggravation saisonnière d'hiver et d'été.

Des constatations analogues ont été faites dans nombre de pays étrangers.

Les principales causes de la mortalité sont l'insuffisance ou la brièveté de l'allaitement maternel, le plus souvent en relation avec la misère, l'ignorance, l'insouciance de la mère et aussi son surmenage et son travail loin du foyer ; également les conditions défectueuses, surtout en ville, de l'habitation, l'insuffisante surveillance médicale pendant la grossesse et après l'accouchement, enfin la mauvaise qualité du lait.

Le retour systématique à l'allaitement maternel pendant trois mois au moins et la multiplication des consultations prénatales sont parmi les premières mesures à employer contre la mortalité infantile.

Discussion : MM. Le Lorier, Ribadeau-Dumas.

Nécessité de l'intervention immédiate dans les phlébites de la veine cave inférieure. Un cas de résection segmentaire de cette veine. — M. Leriche. — L'évolution des phlébites n'est pas uniquement gouvernée par les troubles de la coagulation ni le spasme nerveux. La thrombose massive, extensive, peut jouer un rôle important et s'établir de façon rapide et précoce. La thrombose de la veine cave inférieure est le plus souvent secondaire ; les lésions des voies lymphatiques jouent également un rôle. Il est nécessaire d'intervenir de façon précoce ; la résection de la veine cave thrombosée transforme la situation et le pronostic même éloigné. Il importe de ne pas attendre au delà de trois semaines.

L'élément mécanique dû à la thrombose semble donc avoir le pas sur le spasme.

Sur la paralysie curarique. — MM. BIERRY et HUSSET. — Malgré la complication des actions cellulaires et moléculaires de l'organisme et de ses constituants sur les poisons curariques, il semble qu'on puisse ramener ces dernières à l'antagonisme entre les curarines et le médiateur cholinergique vis-à-vis de la fibre musculaire striée.

Discussion : M. Lapicque.

Fréquence actuelle des troubles de développement révélés par l'examen radiographique du sternum de l'enfant. — M. HERPNER.

Création d'un centre régional de traitement rationnel des luxations congénitales de la hanche. — MM. LEVEUF, BERTRAND et GUIAS. — Premiers résultats obtenus à Pont-l'Abbé dans un centre spécialisé fonctionnant depuis dix-huit mois. Il convient de séparer entièrement subluxation et luxation qui ne sont pas deux degrés d'une même affection ; l'arthrographie est un élément du diagnostic. La luxation est justiciable de la réduction sanglante à l'exclusion du traitement orthopédique surtout chez l'enfant. La subluxation primitive des sujets jeunes peut relever dans la moitié des cas de l'orthopédie.

Diagnostic précoce et traitement nécessitent une formation spéciale du chirurgien et l'organisation de services spéciaux dans les régions où la luxation congénitale est fréquente.

Discussion : M. Rouvillois.

Extractions multiples chez un hémophile notoire. — MM. LIAN, DECHAUME, CRUTET et GOUPAERT. — Les auteurs ont pratiqué les injections intraveineuses de thrombine associée à l'hyposulfite de magnésie et obtenu un effet rapide et d'une durée suffisante (applications locales associées).

Les étapes de la vaccination par le B. C. G. — M. WEILL-HALLÉ.

Discussion : M. Mathis.

Les centres de jeunesse et de santé en Allemagne. — M. LASSABLIÈRE. — 49.963 enfants ont été hébergés en 1946 dans un état évident de misère physiologique à leur arrivée. Après 35 jours le poids a augmenté chez 75 % des enfants ; la taille et le périmètre thoracique ont augmenté ; l'amélioration physique a persisté malgré les rigueurs de l'hiver.

Election. —M. TOULANT (d'Alger) et TERRACOL (de Montpellier) sont élus correspondants nationaux dans la section de chirurgie.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 9 MAI 1947

La pénicillothérapie dans la maladie de Schultz. — MM. E. CHABROL, ANDRÉ, PERGOLA et FALLOT ont pu dissocier par la pénicilline les éléments de l'affection redoutable qu'est la maladie de Schultz. A la dose de 200.000 U. quotidiennes, ils ont vu en quatre jours la température tomber de 40° à 37°, l'ictère disparaître, la gangrène buccale s'effacer. Le nombre des leucocytes remonta de 600 à 2.000, puis à 6.300, cependant que le pourcentage des polynucléaires neutrophiles oscillait autour de 50 pour cent.

Malgré une guérison en apparence complète, une rechute se produisit deux mois plus tard et le malade succomba à la suite d'une intoxication professionnelle à l'aniline. Partant de cette observation, les auteurs estiment que la maladie de Schultz ne doit plus être considérée comme une affection autonome relevant d'un virus énigmatique. Ses manifestations gangréneuses bucco-pharyngées et ictérigènes ne sont que l'expression d'infections secondaires dans lesquelles la pénicilline constitue une indication merveilleuse. Elle ne peut rien à elle seule contre le trouble médullaire qui commande la rechute et la leucopénie.

Rôle des médications sympathomimétiques dans le déterminisme des états de mal asthmatiques. — MM. Jean HAMBURGER, P. MILLIEZ et B. HALPERN. — Les médications sympathomimétiques, adrénaline, éphédrine, iso-propyle-adrénaline (alcudrine), etc., procurent au malade atteint d'un accès d'asthme un soulagement remarquable dans la majorité des cas. Toutefois, l'abus de ces médications paraît capable de favoriser le retour des crises ultérieures ou même de créer de toutes pièces un état de mal asthmatique comme en font foi 10 observations apportées par les auteurs. L'expérimentation confirme la possibilité d'une relation de cause à effet entre l'usage excessif de ces agents pharmacodynamiques et les états de mal asthmatiques : l'action antispasmodique de ces corps sur le tonus bronchique est suivie, en effet, chez l'animal, d'une action secondaire spasmogène : on fera donc bien de se méfier des doses fortes ou trop souvent répétées d'adrénaline, d'éphédrine, d'aleudrine ou de médications de même groupe, chez les asthmatiques, et de rechercher toujours le rôle possible de ces médications à l'origine d'un état de mal asthmatique.

Un nouveau dérivé sulfamidé. — MM. A. RAVINA, Y. PÉCHER, PERRAUDIN et HOUSSAY ont utilisé un dérivé diméthylbenzoylé de la sulfamide qui présente les avantages suivants : efficacité à des doses relativement faibles, faible toxicité, possibilité d'espacer les doses, ce qui permet de supprimer l'administration la nuit. Ce corps s'est montré avantageux dans les affections à colibacilles. Chez 20 pneumoniques traités, la guérison a été obtenue. De bons résultats ont été notés également dans les méningites. On n'a pas observé d'incidents sérieux, en particulier ni oligurie, ni anurie.

Un cas curieux d'intoxication belladonée. — MM. P. UHRY, P. DUGAS, P. POULLAIN, M. PIETTE et J. NÉEL. — Dans cette observation le diagnostic avec une intoxication botulique a pu se poser : caractère collectif et familial, la précocité des symptômes ont attiré l'attention sur un « apéritif » de ménage contenant 150 mg. d'atropine par litre, soit 9 mg. par verre.

Un cas de leptospirose grippotyphosa à forme méningée. — MM ANDRÉ, BEAUCHESNE et NAVARRANE.

Néphrose lipoïdique. Traitement par le régime hypercarné et l'extrait thyroïdien. Guérison. — MM. NICAUD, LAUDAT et VELLY.

Néphrose lipoïdique. Traitement hypercarné et thyroïdien. Guérison après apparition d'un syndrome abdominal suraigu. — MM. NICAUD et LAFITTE.

Néphroses lipoïdiques traitées avec succès par la méthode de Veyre (acide chlorhydrique intraveineux). — MM. LIAN, FRED. SIGUIER et SARRAZIN.

Un cas de néphrose lipoïdique pure traité par les injections d'acide chlorhydrique dilué avec grande amélioration clinique. — M. FOUQUET.

Kyste bronchique, intrapulmonaire, à cholestérine, congénital, chez une jeune fille de 24 ans. Lobectomie. Guérison. — MM. KOURILSKY, M. FOURESTIER et M. ISOLIN.

SÉANCE DU 16 MAI 1947

Intoxication aiguë par la diphénylhydantoïne. — MM. CATTAN, FRUMUSAN et ATTAL. — Dans un but de suicide, un homme absorba, en l'espace de cinq heures, la dose totale de 5 gr. 40 de diphénylhydantoïne (54 comprimés dosés à 0 gr. 10). Les accidents évoluèrent en quelques jours vers la guérison.

Encéphalopathie arsenicale après cacodylate de soude. — MM. S. LEWI et J. VERGNIOLES.

A propos d'un mégagastre disparu à la suite d'un traitement à l'éphédrine. — MM. HILLEMAND, DÉROT et BRULÉ rapportent l'observation d'un jeune garçon présentant d'une part des crises d'asthme, d'autre part un volumineux méga-estomac. En même temps qu'un traitement très prolongé à l'éphédrine était institué, les auteurs eurent la surprise de voir les troubles digestifs disparaître et l'estomac reprendre son volume normal. Ils soulignent cette action paradoxale d'un sympathicomimétique.

Les méga-œsophages secondaires. — MM. HILLEMAND, VIGUIÉ, Lucien HARTMAN et FOIX, sur 49 méga-œsophages suivis par eux depuis 1942, ont observé 12 méga-œsophages secondaires.

Ils insistent sur les caractères radiologiques qui permettent de distinguer ces manifestations des autres méga-œsophages, et en particulier sur la réponse négative du nitrite d'amyle et de l'infiltration splanchnique, à laquelle ils attachent une très grande importance. Sur leur 12 malades, 6 étaient atteints d'un cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage qui fut découvert à l'œsophagoscopie, 5 d'un cancer de la grosse tubérosité envahissant secondairement le cardia et mis en évidence par la radiographie en position de Trendelenburg. Une fois seulement, le méga-œsophage était secondaire à une lésion bénigne : un rétrécissement fibreux du cardia.

Un cas de méga-œsophage consécutif à une infection à virus neurotrope. — MM. R. Muller, R. Perron, F. Gerest et F. Giroux (Saint-Etienne).

Sur l'incompatibilité iode-aminothiazol dans le traitement de la maladie de Basedow. — MM. L. de Gennes, H. Bricaire, Cl. Laroche et H. Cluche ont observé, dans un certain nombre de cas de maladie de Basedow traités par l'aminothiazol, l'incompatibilité de cette thérapeutique avec le traitement iodé, dont l'association peut déterminer de brusques réveils du goitre exophtalmique. Cette incompatibilité est très inconstante et imprévisible.

Les auteurs, sur 120 maladies de Basedow traitées par l'aminothiazol depuis deux ans, ont noté 62 améliorations persistantes, 16 améliorations partielles et 36 échecs, liés pour la plupart à des réactions d'intolérance. La méthode a donné de bons résultats dans les cas légers et moyens. Elle est restée en échec dans les cas graves. La préparation à l'opération par l'aminothiazol leur a paru très inférieure à la préparation iodée.

L'emploi de l'aminothiazol représente seulement une étape dans l'histoire des antithyroïdiens de synthèse. Sans doute est-il actuellement passé en efficacité par le tétraméthylthiourée ou le propylthiouracile. Il entraîne de fréquents accidents d'intolérance. Encore a-t-il le grand mérite de ne pas donner d'accidents sanguins de type agranulocytaire.

La réaction au Thymol et son intérêt dans l'étude de l'insuffisance hépatique. — MM. L. Justin-Besançon, René Fauvert, H.-P. Klotz et Pierre Barbier présentent les résultats de leurs recherches cliniques sur la valeur de la réaction au thymol, comparée aux autres tests, dans l'évaluation de l'insuffisance hépatique. Ils présentent une modification de la réaction qui, grâce à l'emploi du photomètre, est d'une extrême simplicité technique. Dans l'ictère catarrhal, la réaction permet de suivre avec précision la régression de l'hépatite. Dans l'ictère par rétention, elle contribue à distinguer l'obstruction biliaire des ictères par hépatite. Dans la cirrhose enfin, elle apparaît comme un fidèle élément de pronostic.

Les analogues de l'ypérite (moutarde à l'azote) : leur essai en clinique. — M. L. Justin-Besançon et Mme Lamotte-Barillon rapportent les résultats de leurs études portant sur les effets d'une « moutarde à l'azote » (méthyl-bis-β-chlorétylamine) dans dix-huit cas de maladie de Hodgkin, lymphosarcomes, leucémies, etc.

Cette substance, dont les effets s'apparentent à ceux de la télécradiothérapie totale, est dangereuse à manier; en particulier, il faut surveiller de près ses effets sur les éléments figurés du sang. Elle détermine des rémissions dans la maladie de Hodgkin, même quand celle-ci est devenue radio-résistante. Il faut compter sur une proportion importante d'effets incomplets ou d'échecs. Dans les lymphosarcomes, les résultats sont souvent spectaculaires, mais partiels ou transitoires. Au total, il s'agit d'effets palliatifs incontestables, mais il serait prématuré d'introduire un tel corps en thérapeutique courante. L'intérêt théorique des effets physiologiques de cette série de substances est considérable et les auteurs étudient actuellement d'autres dérivés synthétiques dans la même série.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

Séance du 20 janvier 1947

A propos d'un volvulus du cœcum. — MM. Lamy et Henry. — Variété exceptionnelle de volvulus du cæcum par torsion autour de l'axe vertical. L'appendice, très long, remontait en dehors du cæco-ascendant et venait cravater la face antérieure du gros intestin, au-dessous de l'angle droit. Cet obstacle déterminant la distension gazeuse du cæco-ascendant, était sans doute un facteur essentiel dans le mécanisme du volvulus. Guérison par appendicectomie et détorsion.

Séance du 27 janvier 1947

A propos des résultats obtenus dans le traitement précoce ou retardé de 65 plaies cranio-cérébrales. — MM. J. E. Paillas, Bonnal et Duplay essayent de montrer l'amélioration des résultats obtenus dans le traitement des plaies cranio-cérébrales par la méthode neuro-chirurgicale moderne consistant essentiellement après une excision complète de tous les tissus souillés et contus cutanés et méningo-encéphaliques (le plus souvent en employant la méthode du volet osseux de de Martel) après une ablation de tous les corps étrangers, après une hémostase parfaite du tissu cérébral et la fermeture hermétique de la dure-mère, de la galea et de la peau. Ils se basent sur l'étude de 65 observations dont 55 datant de plus de deux ans. Parmi ces blessés atteints pour la grande majorité de plaies pénétrantes graves, la moitié a été primitivement opérée par eux dans les trois premiers jours, les autres blessés ne leur sont parvenus que secondairement pour des séquelles diverses après avoir été opérés une première fois insuffisamment. Ils ont pu en comparant ces deux catégories de blessés étudier successivement, en suivant le plan du rapport d'Alajouanine, Maisonnet et Petit-Dutaillis au Congrès de Chirurgie de 1928, la mortalité, les guérisons sans séquelles, les complications infectieuses, les séquelles déficitaires, épileptiques, subjectives, etc. D'après ces statistiques, la supériorité de la méthode de de Martel et Cl. Vincent est évidente. C'est ainsi que sur 20 blessés opérés depuis plus de deux ans : 12 ont repris un travail normal, 4 un travail léger et 4 seulement sont dans l'incapacité de travailler, alors que sur 23 blessés qu'ils ont dû traiter secondairement il y a plus de deux ans : 5 ont repris un travail normal, 9 un travail léger et 9 ne peuvent travailler.

Séance du 3 février 1947

A propos de deux observations de troubles vasculaires mésentériques. — M. J. Cottalorda — Chez deux hypertendus lésions d'infarcissement du mésentère disséminées à toute son étendue, dans un cas, et localisées à l'appareil vasculaire iléo-cæco-appendiculaire dans l'autre. Etat général grave. Anurie-azotémie élevée. Guérison simple après infiltration syncaïnique du mésentère.

Le diagnostic des luxations congénitales de la hanche. Présentation d'une série d'arthrogrammes. — M. Salmon. — A propos de documents personnels, l'auteur insiste sur les résultats médiocres et souvent mauvais donnés par la réduction orthopédique. Il montre l'importance de la radiographie de la hanche luxée en diverses positions : rotation interne, rotation externe, profil et de trois quarts, ce dernier cliché surtout intéressant pour les luxations âgées. Il insiste sur la nécessité, comme l'a montré Leveuf, de pratiquer un arthrogramme dans toute luxation. Il projette les radiographies, avec ou sans préparation, de onze luxations de la hanche.

Extraction sous écran par les voies naturelles d'une épingle de sureté ouverte retenue dans l'estomac d'un nourrisson de quatre mois et demi. — M. P. Guidoni. — Rapporteur : M. Salmon. — L'auteur a réussi à retirer par les voies naturelles, au moyen d'une longue pince, une épingle de sûreté contenue dans l'estomac. Il discute les indications opératoires qui, en réalité, sont exceptionnelles ; la plupart des corps étrangers du tube digestif du nourrisson poursuivent leur transit normal jusqu'à l'anus, surtout si on a besoin d'employer le procédé décrit par Ombrédanne et rapporté autrefois dans *La Gazette des Hôpitaux*.

Séance du 10 février 1947

Ostéochondrite disséquante post-traumatique du condyle fémoral externe. — MM. Ouary, Chippeux et Legoanet.

Un mécanisme rare d'hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne en dehors de la gravidité. — M. L. Artaud.

Résultats d'une opération de Coffey seize ans après l'intervention. — MM. Mirabel et H. Chauvin. — Rapporteur : M. E. Chauvin.

Séance du 17 février 1947

Premiers résultats expérimentaux concernant la physiopathologie de l'appareil de croissance des os longs. — MM. R. Imbert et Santamaria communiquent les premiers résultats expérimentaux concernant l'action de la radiothérapie pénétrante sur le squelette en voie de croissance chez les jeunes chiens. Ce travail a été effectué au Centre anti-cancéreux de Marseille (Directeur : professeur Cornil). Il est basé sur la comparaison de nombreux clichés de pattes, pris en cours et après irradiation à intervalles régulièrement espacés, jusqu'à la fin de la croissance. Les zones irradiées reçurent 2.500 r. (190 Kv — 18 milli. o m. 50 — 1 mmcu et 2 mmAl). Les conclusions sont les suivantes :

1° La radiothérapie utilisée à dose cancéricide a une action freinatrice très importante sur la croissance osseuse ;

2° Au cours d'une expérience les auteurs ont constaté que le ralentissement a été précédé d'une courte période de sur-allongement ;

3° L'absence de toute altération morphologique radiographique du cartilage de conjugaison bien que la croissance soit très déficitaire, sa disparition à la même époque sur les pattes irradiées et les pattes témoins, paraissent apporter un argument à la théorie de Policard approuvée par Leveuf sur l'importance tout à fait secondaire du dit cartilage dans la croissance osseuse. Le lieu physiologique de cette dernière doit être, ainsi que le pensent les auteurs précédents, l'encoche de croissance de Ranvier.

Les séquelles tardives de la luxation congénitale de la hanche. A propos de vingt-cinq observations personnelles. — M. Salmon distingue les troubles trophiques et les épiphysites, les subluxations résiduelles, les arthrites chroniques et les complications de certaines méthodes chirurgicales, en particulier celles qui sont dues aux ostéotomies d'appui.

Il projette les clichés de 25 malades qui ont été suivis par d'autres chirurgiens et par lui, pendant des périodes allant jusqu'à 30 ans. Le traitement des troubles trophiques est surtout un traitement prophylactique basé sur l'arthrographie (professeur Leveuf).

La réduction sanglante est formellement indiquée dans les subluxations résiduelles et reluxations (professeur Zahradnicek, professeur Leveuf).

M. Salmon montre les défauts des « mauvaises butées » et les qualités des « bonnes butées » qui constituent une méthode palliative qui peut rendre service sur des malades âgés ou tarés.

L'arthrite chronique déformante sera traitée d'abord par l'énervation de la hanche (professeur Tavernier).

Enfin, l'auteur montre de nombreuses séquelles consécutives aux ostéotomies d'appui : douleurs résiduelles, enraidissement et parfois ankylose.

Séance du 24 février 1947

Périarthrite scapulo-humérale traitée par infiltration stellaire. — M. Roudil (présentation de malade et de radiographie).

Polype solitaire du sigmoïde. — M. Madilhac. — Tumeur de la partie inférieure du sigmoïde ayant déterminé un accident occlusif transitoire. Résection large avec suture termino-terminale, sur drain. Un anus iliaque gauche est ensuite pratiqué. L'examen histologique indique qu'il s'agit d'un polype intestinal en voie de dégénérescence.

La choledoco-duodénostomie dans le traitement de la lithiase du cholédoque — Trois observations. — M. F. Carcassonne. — 3 observations de malades traités par la dérivation interne et guéris non seulement des troubles lithiasiques, mais encore des phénomènes de pancréatite associée. L'auteur insiste sur l'absence de déperdition biliaire qui améliore le pronostic opératoire des lithiases du cholédoque.

Résection partielle définitive du péroné pour la ligature de la crosse de l'artère tibiale antérieure. — M. Connault.

Pancréatectomie gauche pour pancréatite œdémateuse. — M. Carcassonne (présentation de pièce).

Séance du 3 mars 1947

Raideurs incoercibles du genou après fracture du fémur traitée par traction sur broche de Kirschner. Opération de Tavernier. — M. Salmon présente un malade qui a été opéré suivant la technique de Tavernier. Il insiste sur l'importance des lésions synoviales dont les adhérences comblent complètement le cul-de-sac sous-quadricipital occasionnant une symphyse femoro-tibiale et femoro-rotulienne. Le tendon du droit antérieur est allongé.

15 mois après l'intervention, la flexion du genou dépasse très largement l'angle droit (120°), la marche, la course, la bicyclette sont possibles. L'auteur propose de modifier légèrement la technique de Tavernier et d'interposer comme il l'a fait une fois, une membrane d'amnios entre les surfaces articulaires et de dédoubler le tendon du quadriceps par section frontale.

Essai de traitement de l'incontinence totale des sphincters consécutive au spina bifida. Confection d'une néo-vessie cutanée chez une petite fille (vessie kangourou) avec présentation de malade. — M. Salmon propose de pratiquer un anus iliaque définitif en ce qui concerne l'incontinence des matières. L'incontinence des urines est très difficile à traiter chez les petites filles. L'auteur propose de recueillir les urines dans une néo-vessie cutanée à ouverture supérieure dans laquelle sera placée une sonde à demeure. Il discute des autres procédés : urétérostomie, etc.

La colectomie en un temps avec suture immédiate dans le traitement des cancers du colon. — M. Carcassonne.

Gliome périphérique malin. — M. Connault.

Gastrectomie totale pour ulcus peptique (Présentation de pièce). — M. de Vernejoul.

SÉANCE DU 10 MARS 1947

Protrusion acétabulaire double. A propos de deux observations. — M. SALMON discute la pathogénie et propose comme moyen thérapeutique l'énervation de la hanche dans les formes douloureuses.

La réfection de l'articulation doit être effectuée si le bilan du malade le permet.

Il rapporte l'observation et présente les clichés de deux malades suivies pendant plus de dix ans.

Absence totale d'un segment de l'intestin grêle chez un nouveau-né. Entéro-anastomose. Iléostomie. Survie de quinze jours. — MM. SALMON, TRIFFAUD et QUENCQUE. — Histoire d'une occlusion intestinale due à l'absence totale d'une anse grêle. Iléostomie à la Witzel et entéro-anastomose sur sonde. Survie de quinze jours.

L'enfant est décédé d'une occlusion post-opératoire par péritonite adhésive malgré réintervention.

M. Salmon discute la conduite à tenir et rapproche cette observation d'une autre semblable dans laquelle aucune iléostomie n'avait été pratiquée. La mort était survenue dans les 48 heures, sans reprise du cours des matières.

Résultat de réduction sanglante après opération de Zahraniceck. — M. SALMON (Présentation de radiographie).

Kyste suppuré du lobe inférieur du poumon gauche. Exérèse — MM. DOR, DUMON et CARTOTTO. — Présentation de pièce. — Volumineux kyste suppuré du lobe inférieur, sans rapport avec le pédicule pulmonaire et partiellement clivable ; exérèse atypique par la moitié postérieure du lobe inférieur.

Les auteurs présentent la pièce et les radiographies opératoires. La malade qui va bien est toujours en cours de traitement et l'observation complète sera publiée ultérieurement.

Fibrome calcifié. — M. ARTAUD (Présentation de pièce).

SÉANCE DU 17 MARS 1947

Implantation œsophago-jéjunale au cours de la gastrectomie totale. — M. DE VERNEJOUL rapporte deux observations de gastrectomie totale de M. P.-P Prat, de Nice, pour deux cas de cancer de l'estomac. Ces deux observations concernent deux malades âgées de 48 et de 63 ans, atteintes toutes les deux d'épithélioma gastrique, ayant subi une gastrectomie totale suivie de guérison. La première malade opérée en 1943 est décédée en 1944 de métastases hépatiques ; la deuxième malade opérée en 1946 est en bonne santé.

M. Prat a opéré ces deux malades suivant une technique d'implantation œsophago-jéjunale qu'il décrit en détail. Le rapporteur joint à ce travail sa statistique personnelle qui porte sur 26 cas de gastrectomie totale (19 pour cancer, 4 pour ulcère juxta-cardiaque, 3 pour ulcères peptiques récidivants) avec 7 morts. Il en profite pour préciser :

1° Les conditions d'une technique pure : éviter de dénuder et d'abaisser l'œsophage thoracique, assurer une excellente suspension au diaphragme de l'anse anastomosée à l'œsophage, assurer un excellent revêtement séreux de l'anastomose.

2° Les résultats obtenus tant au point de vue opératoire qu'en ce qui concerne les suites éloignées.

3° Les indications de la gastrectomie totale : le cancer gastrique, l'ulcère juxta-colique, l'ulcère peptique récidivant ; ces deux dernières indications étant peut-être appelées à disparaître, suivant les résultats obtenus par Ortogstedt (de Chicago) avec la résection sus-diaphragmatique des deux pneumogastriques.

Fracture complexe du cubitus — Brochage médullaire. — MM. R. IMBERT et COMTI. — Fracture complexe du tiers inférieur du cubitus gauche avec dislocation du coude ayant entraîné une forte subluxation de la tête radiale. Réduction par broche intra-médullaire type C. Rocher. Excellent résultat morphologique et fonctionnel.

Gastrectomie totale pour néoplasme. — M. CARCASSONNE (présentation de pièce).

Journées orthopédiques de Lyon

La réunion que tient chaque année dans une ville de province la *Société Française d'Orthopédie* vient d'avoir lieu à Lyon les 20 et 21 mai. Ces journées orthopédiques furent un très beau succès autant par le nombre très élevé des chirurgiens venus de toute la France et même de l'étranger (Belgique, Italie, Suisse) que par la qualité exceptionnelle de l'accueil réservé aux congressistes par le professeur Tavernier, le professeur Guilleminet et le professeur agrégé Trillat qui fut l'organisateur infatigable de ces journées. Après des séances opératoires matinales l'après-midi fut consacrée à des présentations de malades et à des communications fort intéressantes dont voici les principales :

Professeur Tavernier : Traitement des ostéosarcomes.

Professeur Guilleminet : Dégénérescence des exostoses ostéogéniques.

M. Creyssel : Traitement des cals vicieux du cou-de-pied.

MM. Ricard et P. Girard : Névralgies cervico-brachiales par rupture des disques cervicaux.

M. Rochet : Evolution maligne des tumeurs à myéloplaxes.

Professeurs Tavernier et Godinot : L'avenir des ostéomyélites guéries sans abcès par pénicillothérapie.

M. Herbert : Redressement orthopédique et chirurgical du rachis dans le rhumatisme vertébral.

M. Truchet : Les fractures des skieurs.

M. Stagnara : Résultats de cheilotomies dans l'arthrite sèche du genou.

P. L.

INFORMATIONS
(Fin)

Groupement de phtisiologie infantile

Le Groupement de Phtisiologie infantile qui tint, en novembre dernier, sa première Assemblée à l'hôpital des Enfants-Malades, sous la présidence du professeur R. Debré, se réunira à nouveau le vendredi 10 octobre, à la veille de la séance de la Société d'Études scientifiques sur la tuberculose, dans le service du professeur Etienne-Bernard.

Deux rapports seront présentés : 1° Question médico-sociale : Fréquence et gravité de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant, par MM. Etienne-Bernard et Grosdecam, et par D. Douady. 2° Question chirurgicale : Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant, par H. Joly.

L'après-midi sera réservée aux communications ayant trait de préférence aux sujets traités le matin.

Pour tous renseignements, s'adresser aux secrétaires : Dr Lowys, Le Roc-des-Fiz (Haute-Savoie), ou Dr Anglade, 67, boulevard Alexandre-Martin, Orléans (Loiret).

Les Journées Médicales de Bruxelles 1947

La XXIe session des Journées Médicales de Bruxelles se tiendra à Bruxelles du 21 au 25 juin, sous la présidence du professeur Oscar Weill.

La séance inaugurale aura lieu le 21 juin, à 15 heures, au Palais des Académies ; le professeur P. Bordet prononcera le discours inaugural consacré à « Pasteur et l'esprit scientifique » ; le soir, raout à l'hôtel de ville de Bruxelles.

La journée du 22 juin, de 10 à 12 heures et de 15 à 18 heures, ainsi que les après-midi des 23 et 24 juin, conférences à l'Université, avenue F.-Roosevelt, de MM. Claude (New-York), Levaditi (Paris), Dallemagne (Liége), Béclère (Paris), Bauwens (Londres), Albert (Liége), Hermann (Lyon), Ansler (Zurich), de Busscher (Gand), Lederer (Bruxelles), Garot (Liége), Pigeaud (Lyon), Lavoine (Paris), Rossier (Zurich), Gorter (Leyde), M. P. Weill (Paris), Skadal (Prague), Eerland (Groninghe), Frommel (Genève), J. Jadasshon (Genève), Lafontaine (Paris), de Watteville (Genève), Flournoy (Genève), L. Damow (Genève), Bacq (Liége), etc.

Les matinées du lundi et du mardi, opérations et démonstrations cliniques dans les hôpitaux universitaires. Samedi soir, raout à l'hôtel de ville. Dimanche soir, banquet par souscription ; lundi soir, concert dans la grande salle du Palais des Beaux-Arts par l'orchestre de la B.B.C. de Londres. Mercredi, excursion facultative à Anvers.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser au secrétaire général, Dr R. Loicq, 141, rue Belliard, à Bruxelles.

Premier Congrès international d'Acupuncture

Le premier Congrès international d'Acupuncture aura lieu les vendredi 20 et samedi 21 juin 1947, à la Salle des Sociétés Savantes (salle F), 8, rue Danton, sous la présidence effective du professeur Laignel-Lavastine, membre de l'Académie de Médecine, président d'honneur de la Société Française d'Acupuncture et du Dr de la Fuye, président fondateur.

Ouverture à 10 heures, le 20 juin et clôture le 21 juin, à 16 heures, par une causerie sur les luttes japonaises (jiu-jitsu et judo) avec démonstrations.

Les confrères s'intéressant à l'acupuncture sont cordialement invités.

COURS

Clinique de la Tuberculose
(Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres)
Professeur : M. Etienne Bernard

Cours de perfectionnement sur la tuberculose
(13 octobre-22 novembre 1947)

Ce cours s'adresse aux médecins et aux étudiants en fin de scolarité, désireux de revoir, en un cycle complet, les notions récentes cliniques, thérapeutiques, sociales et administratives concernant la tuberculose. Le matin, des présentations cliniques, des séances de pleuroscopies, de bronchoscopies et d'interventions chirurgicales seront organisées dans les services de phtisiologie. Les leçons auront lieu l'après-midi, de 16 heures à 17 heures et de 17 heures à 18 heures.

Ce cours précèdera le concours organisé par le ministère de la Santé publique pour le recrutement des médecins phtisiologues des services publics et privés.

Les droits d'inscription sont de 2.000 francs. Un certain nombre de bourses et de remboursements de droits d'inscription seront accordés par le Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel. Les demandes de bourses devront être adressées avant le 15 septembre 1947. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis, vendredis, de 14 heures à 16 heures.

Ce cours sera suivi, du 24 novembre au 6 décembre 1947, d'un cours et de travaux pratiques sur « Les Méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose ». Les droits d'inscription sont de 2.000 francs. Les inscriptions sont reçues, comme pour le cours précédent, au secrétariat de la Faculté de Médecine. Le nombre des inscriptions sera limité.

Les droits d'inscription pour l'ensemble des deux cours sont fixés à 3.000 francs.

Hôpital civil Foch, rue Worth, Suresnes (Service du professeur agrégé Kourilsky). Semaine du 16 au 21 juin 1947 :

Lundi 16 juin, 9 h. 30. Professeur Kourilsky : Présentation des malades ;

Mardi 17 juin, 9 h. 30. Dr Regaud : Primo-infection tuberculeuse — 10 h. 30. Professeur agrégé Kourilsky : Présentation des malades.

Mercredi 18 juin, 9 h. 30. Professeur Kourilsky : Cours de physiologie pathologique : respiration et circulation — 10 h. 30 : Présentation des malades.

Vendredi 20 juin, 9 h. 30. Dr Bidermann : Tuberculose. Conceptions générales — 10 h. 30. Professeur Kourilsky : Présentation des malades.

Samedi 21 juin, 9 h. 30. Professeur Kourilsky : Consultation externe. Présentation des malades.

LIVRES NOUVEAUX

Infection et immunité, par le Dr Jules Bordet, membre de l'Institut, directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles. Prix Nobel (1919). — Un volume in-8 Jésus. Prix : 215 francs, Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

La science de l'Infection et de l'Immunité envisage concurremment les êtres les plus élevés et les formes rudimentaires de la vie. Dans le domaine qu'elle s'assigne, les extrêmes se touchent, et leur confrontation s'est montrée singulièrement instructive quant au caractère général des lois biologiques fondamentales. Par exemple la spécificité chimique, aussi remarquable que la spécificité morphologique, se révèle de la même façon du haut en bas de l'échelle. Chez les microbes comme chez les animaux les plus évolués, l'individualité des antigènes qui personnifie et distingue l'espèce, différencie aussi les types, et même, d'une manière plus ou moins évidente, les représentants d'une même espèce, ce qui implique une variabilité susceptible d'intervenir comme facteur de l'évolution, laquelle porte sur la composition aussi bien que sur la conformation.

On voit dès lors combien s'est élargi le champ d'action des immunologistes, dont on n'attendait guère, au début, que des observations permettant de mieux

comprendre la marche de l'issue des maladies transmissibles, ainsi que la découverte de méthodes thérapeutiques ou préventives. Soucieux de perfectionner leurs techniques, ils utilisent mieux qu'autrefois les ressources de la chimie, mais ils sont et restent essentiellement biologistes. Mieux qualifiés que quiconque pour scruter les confins de la vie, ils cherchent à saisir la frontière, si tant est qu'elle soit perceptible, entre le monde inanimé et celui des infiniment petits vivant. Mais d'importants progrès sont encore à réaliser concernant notamment la connaissance des anticorps normaux et de leur signification physiologique, la production de vaccins plus sûrs, l'étude du mécanisme d'élaboration des anticorps d'immunsérums et le mystère de leur spécificité, pour ne citer que quelques-uns des problèmes qui sollicitent vivement l'attention.

Eléments de physiologie humaine (deuxième édition), 16×24, 760 pages, 62 figures. Broché : 1.150 fr. ; cartonné : 1,350 fr. (Baisse de 10 %, non comprise). par L. Launoy, professeur honoraire de physiologie et de zoologie à la Faculté de Pharmacie de Paris. Maloine, éditeur, Paris.

Après une première édition enlevée en dix-huit mois, M. Launoy nous apporte aujourd'hui une deuxième édition considérablement augmentée.

L'ouvrage est divisé en vingt chapitres, précédés eux-mêmes de longs « Prolégomènes » où l'auteur passe en revue la théorie cellulaire et les propriétés du protoplasma. Ces quelque cinquante pages sont nouvelles. On doit savoir gré à l'auteur de cette addition car, à la limite, la physiologie est une physiologie cellulaire. Il faut toujours avoir présentes à l'esprit les propriétés physico-chimiques du protoplasma ; sans cela, on ne peut rien comprendre à n'importe quel phénomène de physiologie.

La distribution des chapitres n'a pas sensiblement varié, mais leur texte en a été longuement remanié. Dans son exposé, l'auteur suit les fonctions, organe par organe, c'est-à-dire en somme, l'ordre anatomique. C'est là une conception ancienne, peut-être, mais c'est la seule susceptible, croyons-nous, de rendre compréhensibles à des débutants les notions de physiologie des organes. Tout chapitre est donc précédé d'un rappel morphologique qui, nous a déjà dit l'auteur dans la préface de sa première édition, crée l'ambiance anatomique nécessaire à l'examen des faits physiologiques. Dans la seconde édition, les chapitres consacrés au système nerveux et particulièrement au système nerveux cérébro-spinal, ont été remaniés, complétés ; le texte s'explique par de nouvelles figures ; la compréhension de ces importantes notions nous apparaît facile. Ajoutons que l'auteur attire et fixe nettement l'attention du lecteur sur le système nerveux. On sent que, s'il épouse la pensée moderne sur la haute valeur des hormones de toute nature dans le déterminisme des phénomènes vitaux, il n'est pas toutefois disposé à renvoyer au « magasin des accessoires » le système nerveux. Son opinion, il la met en évidence dès l'abord, en commençant l'ouvrage par les chapitres relatifs au système nerveux. En cela, nous l'approuvons ; l'animal, l'homme ne sont pas que de simples tubes digestifs, comme certains ont tendance à le croire. Cette prédominance donnée au système nerveux est en complet accord avec la pensée cartésienne ; son adhésion à celle-ci, l'auteur l'affirme encore par la reproduction, à côté des portraits de Harvey, Lavoisier, Claude Bernard, de celui de René Descartes, d'après la gravure de la calcographie du Louvre reproduisant le Descartes de Franz Halz. Les chapitres consacrés au milieu intérieur, à la nutrition et à la bio-énergétique, aux vitamines, au métabolisme basal, aux glandes à sécrétion interne, aux hormones sexuelles ont été particulièrement revisés et complétés.

Edité avec un grand soin par MM. Maloine, cet ouvrage est une belle réalisation digne des travaux de son auteur.

Manuel d'Anesthésie, par le Dr Nadia du Bouchet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, M. D., membre de la Société des Anesthésistes américains. Un vol. gr. in-8 de 245 p. Prix : 320 francs. Editions Médicales, Flammarion.

Sur le conseil du professeur Pasteur-Vallery-Radot, Mme du Bouchet vient de publier un très remarquable manuel consacré à l'anesthésie générale et à la rachianesthésie sous toutes ses formes. Si l'espace limité dont disposait l'auteur ne lui a pas permis de traiter de l'anesthésie locale ni de l'anesthésie régionale, en revanche l'étude des différentes méthodes avec leurs avantages et leurs inconvénients est poussée fort loin par l'auteur.

La médication opératoire est notamment l'objet d'une étude fort complète où sont passés en revue les médicaments utilisés : l'opium et ses dérivés, la scopolamine, l'atropine, les barbituriques. On lira avec fruit les chapitres consacrés à l'anesthésie générale par inhalation, par voie intratrachéale, par voie intraveineuse, à l'anesthésie rectale, à la rachianesthésie, aux accidents de l'anesthésie. Une bibliographie très complète termine enfin cet excellent ouvrage.

L. G.


INNOVATIONS
innothéra
THERAPEUTIQUES
MUCINUM
LAXATIF DOUX
1 à 2 comprimés par jour
INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

Dépôt légal. — 1947. — trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 25 — SAMEDI 21 JUIN 1947 — 120e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr — Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. — *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER — 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) — Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France .... *au lieu de* ....375 fr.	356 fr.
Un an : étudiant.............. *au lieu de*..............200 fr.	190 »
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Médecin des hôpitaux. — Le 2e concours 1947 (3 places) s'est terminé par la nomination de MM. Rubens-Duval, André et Israël.

Clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts

Trois concours sont annoncés :
a) Un concours pour emploi de chef de clinique ;
b) Un concours pour deux emplois annexes de chefs de clinique adjoints ;
c) Un concours pour deux emplois au moins d'assistants de clinique (titulaires ou stagiaires).

Les demandes d'inscription pour les trois concours seront reçues au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, Paris (12e), jusqu'au lundi 23 juin 1947.

(J. O., 14 juin 1947.)

Faculté de Médecine de Paris

Concours des bourses. — L'ouverture du concours pour les bourses de doctorat en médecine aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 28 juillet 1947.

Les candidats pourvus de quatre, huit, douze, seize et vingt inscriptions s'inscriront au secrétariat de la faculté à laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être Français et âgés de 18 ans au moins et de 28 ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui pendant lequel les candidats auront été incorporés sous les drapeaux.

Registres d'inscription clos le 26 juillet 1947, à 18 heures.

Concours du prosectorat. — Ont été proposés : MM. Vaysse, Ramadier, Loygue, Gougerot et Torre.

Transfert. — M. Chabrol, professeur titulaire de la chaire de clinique médicale Broussais, est transféré, à compter du 1er octobre 1947, dans la chaire de clinique médicale thérapeutique Saint-Antoine (dernier titulaire M. Lœper, retraité).

M. Alajouanine, professeur titulaire de la chaire d'histoire de la médecine, est transféré, à compter du 1er octobre 1947, dans la chaire de clinique des maladies nerveuses (dernier titulaire, M. Guillain, retraité).

Facultés de province

Lyon. — M. le professeur Tavernier est admis à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 16 février 1946.

Ecoles de médecine

Tours. — M. Moirand, professeur à l'Ecole de médecine, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à compter du 6 novembre 1945.

Facultés de pharmacie

Concours des bourses. — L'ouverture du concours pour les bourses de pharmacie aura lieu au siège des facultés de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le samedi 12 juillet 1947.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté à laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être Français et âgés de 18 ans au moins et de 28 ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui pendant lequel les candidats auront été incorporés sous les drapeaux.

Les registres d'inscription seront clos le 10 juillet 1947, à 18 heures.

Légion d'honneur. SANTÉ PUBLIQUE

« Est élevé à la dignité de GRAND OFFICIER dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

M. le professeur BEZANÇON (Fernand), docteur en médecine, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine ; 68 ans de services civils et militaires. Médecin des hôpitaux de Paris, président de la commission de la tuberculose, du Conseil permanent d'hygiène sociale, président de la Société d'études scientifiques de la tuberculose, secrétaire général de l'Union internationale contre la tuberculose. A pendant plus d'un demi-siècle, fourni dans tous les domaines, civil et militaire, scientifique, médical et médico-social, une contribution considérable à tout ce qui concerne la lutte antituberculeuse, dont il est devenu en France le vivant symbole. Se dévoue encore sans compter au service du bien public et apporte dans sa tâche une lucidité, une activité et une bonté qui font l'admiration de ses pairs et qui lui ont acquis la reconnaissance du Gouvernement. »

CHEVALIER A TITRE POSTHUME : Corentin Celton, fonctionnaire de l'Assistance Publique à Paris, fusillé par les Allemands le 29 décembre 1943 ; le Dr Cordoliani, inspecteur de la Santé en Corse, victime du devoir professionnel.

Légion d'honneur. GUERRE

CHEVALIER. — Méd. lieut. Bernasse, de la Légion étrangère ; Méd. lieut. Bricaire, du 83 bat. du génie ; Méd. cap. Ravelonanosy, 57e R. art. d'Afrique. — Méd. comm. Mathey, 126e R.I.

SANTE PUBLIQUE

Centres régionaux de lutte contre le cancer. — Le centre de Strasbourg est agréé dans les conditions fixées par les articles 1 et 2 (alinéas 2 et 3) de l'ordonnance du 1er octobre 1945.

En conséquence, il est doté de la personnalité civile.

M. le Dr André Chevallier, professeur de physique biologique, a été nommé directeur du centre de Strasbourg.

Conseil permanent d'Hygiène sociale. — M. le professeur André Chevallier, directeur du centre régional de la lutte contre le cancer, de Strasbourg, a été nommé membre du Conseil et affecté à la commission du cancer.

Réduction de personnel. — Le J. O. du 14 juin publie deux arrêtés ministériels instituant des commissions spéciales chargées d'étudier le plan de licenciement applicable au personnel de l'Institut national d'études démographiques et au personnel de l'Institut national d'Hygiène.

Hôpitaux et hospices publics. — Le J. O. du 15 juin publie un arrêté relatif à la composition des jurys des concours du personnel médical des hôpitaux et hospices publics.

Avis de vacance

d'un poste de médecin directeur au centre d'observation « Institut pédotechnique » de Toulouse

Les candidatures des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques devront être adressées dans un délai de trois semaines, à compter de la publication du présent avis, au ministère de la Santé publique et de la Population (direction de l'administration générale du personnel et du budget), 7, rue de Tilsitt, Paris.

Avis de concours

Un concours sur titres est ouvert pour le recrutement d'un médecin fonctionnaire à temps complet des dispensaires antituberculeux des Ardennes.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur départemental de la Santé, 1, avenue Aristide-Briand, à Mézières.

Education nationale

Conseil supérieur de l'Education nationale

Le Conseil est convoqué en session extraordinaire le lundi 30 juin à 9 h. 30, au ministère de l'Education nationale.

Hygiène scolaire. — Le « J. O. » du 11 juin 1947 publie un arrêté du 29 mai des ministres de l'Education nationale et de la Santé publique relatif aux médecins scolaires et aux adjointes d'hygiène scolaire et aux conventions intervenant entre les intéressés d'une part et d'autre part le recteur de l'Académie.

Certificats médicaux à produire lors de l'inscription d'un enfant de six ans dans une école. — Lors de l'inscription d'un enfant, ayant atteint l'âge de six ans dans une école publique ou privée, les personnes responsables, au sens de la loi du 22 mai 1946, sont tenues de produire :

1° Un certificat médical d'aptitude délivré sans frais par le médecin scolaire du secteur ;

2° Un certificat de vaccination antivariolique et un certificat de vaccination complète (trois injections et une de rappel) antidiphtérique-antitétanique.

Le « J. O. » du 11 juin publie un arrêté relatif à ces dispositions.

Education physique

Le Bureau médical de la Direction générale de l'Education Physique et des Sports communique :

En 1946, la Commission chargée de désigner les auteurs du meilleur ouvrage (mémoire original, paru et concernant les activités physique et sportive et leur contrôle médical-thèse) a récompensé trois mémoires originaux.

En 1947 cette commission siègera à nouveau. Les candidats éventuels devront, dans chaque Faculté de Médecine, remettre en double exemplaire leurs mémoires avant le 1er novembre à la Commission régionale chargée d'indiquer si les travaux répondent bien à l'intention du donateur.

Les travaux ainsi retenus devront parvenir au bureau médical de la Direction générale de l'E.P.S., 34, rue de Châteaudun, Paris (9e), avant le 1er décembre et par l'intermédiaire des directeurs régionaux de l'E. P. S.

Le Conseil National de l'Ordre, réuni en séance plénière, a récemment décidé d'admettre parmi les compétences reconnues la Médecine appliquée à l'Education Physique et aux Sports. Nous sommes certains que nos confrères sauront consacrer une part de leurs travaux à cette question primordiale pour notre jeunesse.

MARINE

Ecole principale du service de Santé de la Marine

Un concours sera ouvert les 8, 9 et 10 juillet 1947, à huit heures, pour l'emploi d'élève de l'Ecole principale du service de Santé de la Marine à Bordeaux.

Les épreuves écrites auront lieu à Paris, Rennes, Bordeaux, Toulon, Rochefort et Alger.

Les épreuves orales auront lieu à Bordeaux à une date qui sera fixée ultérieurement.

Les candidats devront faire parvenir leur dossier d'inscription au ministère de la Marine (direction centrale du service de Santé), 3, avenue Octave-Gréard, Paris (7e).

La liste d'inscription sera close de 20 juin 1947.

Ecoles annexes de médecine navale

Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de médecine navale de Rochefort et de Toulon aura lieu à l'hôpital maritime de Rochefort, au début du mois d'octobre 1947, à une date qui sera fixée ultérieurement.

Le nombre de places mises au concours est d'une pour Rochefort et une pour Toulon.

Sont admis à prendre part à ce concours :

a) Les médecins de 1re classe réunissant une année d'embarquement dans le grade et se trouvant dans la deuxième moitié de la liste d'ancienneté de leur grade établie à la date du 1er juillet 1947 ;

b) Les médecins de 2e classe ayant accompli une année d'embarquement dans leur grade.

Ecole principale du service de Santé de la Marine. — Le J. O. du 15 juin publie un décret du 14 juin relatif à l'engagement, bien que mariés, des candidats à l'Ecole principale du service de Santé de la Marine.

Les candidats retardés dans leurs études par les circonstances de guerre ou ayant concouru au titre de la ligne médicale, à 16 inscriptions, ou de la ligne pharmaceutique, à 12 inscriptions, pourront, quoique mariés, être admis à contracter l'engagement prévu à l'article 30 de la loi du 31 mars 1928.

ANCIENS COMBATTANTS

Médecins experts — Le J. O. du 31 mai publie un arrêté fixant les honoraires alloués aux médecins experts et surexperts des centres de réforme.

Médecins experts : 80 francs par expertise et par médecin, y compris la rédaction du certificat ; maximum : 320 francs par heure d'activité.

Médecins surexperts : 120 francs par surexpertise et par médecin, y compris la rédaction du certificat ; maximum : 600 francs par heure d'activité.

Des indemnités sont prévues en outre pour les visites à domicile et les déplacements.

Manifestation en souvenir du professeur Jeanneney

Une plaque commémorative sera apposée dans le service de clinique chirurgicale et gynécologique (Nouvelles cliniques de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux), à la mémoire de M. le professeur Jeanneney, le jeudi 3 juillet 1947, à 17 heures.

Les amis et anciens élèves du maître y sont cordialement invités.

Institut Tropical du Portugal. — « La Revue du Paludisme » annonce que le Dr Aldo Castellani, l'éminent savant italien qui professa à Rome, à Londres et à la Nouvelle-Orléans, vient d'être nommé à la chaire de clinique et dermatologie tropicales à l'Institut Tropical du Portugal.

Renseignements

Travail de la clinique de thérapeutique chirurgicale de Strasbourg (professeur René Fontaine)

A propos d'un cas de contracture ischémique des fléchisseurs et des pronateurs de l'avant-bras consécutive à une injection de Foriod dans l'artère humérale, régression spontanée rapide, facilitée par une infiltration novocaïnique péri-artérielle

Par René Fontaine et Adrien Dany

La maladie de Volkmann s'observe dans sa forme la plus typique, après les fractures suscondyliennes du coude chez l'enfant. Elle est conditionnée par des lésions de l'artère humérale, ce vaisseau pouvant être totalement ou partiellement rompu, thrombosé sans interruption dans sa continuité, ou plus exceptionnellement, simplement spasmé. Cette notion établie pour la première fois en 1927 par notre maître, le professeur Leriche, à la suite d'un cas guéri par artériectomie, est devenue classique depuis et le facteur artériel a constamment été retrouvé dans tous les cas connus.

Mais si l'étiologie vasculaire de la maladie de Volkmann consécutive aux fractures suscondyliennes de l'enfant n'est plus guère discutée à l'heure actuelle, il n'en est pas de même en ce qui concerne *le mécanisme de la griffe* qui la caractérise. Les opinions les plus diverses ont cours (1).

M. Leriche ayant vu dans la blessure de l'artère humérale, concomitante de la fracture, la lésion initiale qui déclenche la maladie, explique la griffe tout naturellement par les perturbations ischémiques qui en résultent au niveau des fléchisseurs et pronateurs de l'avant-bras. Dans plusieurs mémoires, trop connus pour qu'il soit nécessaire de les rappeler ici, il en analyse minutieusement la mécanisme physiopathologique.

Leveuf lui, négligeant complètement les conséquences hémodynamiques du traumatisme du tronc artériel principal lui-même, pense que la zone vasculaire traumatisée est simplement le point de départ d'un spasme exerçant son action délétère sur les artérioles musculaires. Il en résulterait, en conformité avec les recherches de Ricker, une dysharmonie entre les artérioles d'une part, les capillaires et veinules d'autre part, d'où stase pouvant aboutir soit à la nécrose musculaire soit à une exsudation abondante (hyperémie péristatique).

D'autres auteurs, enfin, frappés par l'importance des troubles nerveux qui accompagnent souvent la maladie de Volkmann et qui intéressent en premier chef le médian, puis le cubital, mais parfois aussi le radial, ont mis l'accent sur la possibilité d'un traumatisme nerveux concomitant des traumatismes osseux et vasculaire, les troncs nerveux pouvant être intéressés soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire de leurs vaisseaux propres (*vasa nervorum*).

Notre intention n'est pas de discuter ici les arguments invoqués en faveur de ces différentes théories.

Abandonnant les spéculations nous voudrions nous en tenir à la matérialité des faits. Et il y a *un fait* qui domine la maladie de Volkmann consécutive aux fractures suscondyliennes du coude chez l'enfant : *la constance du traumatisme de l'artère humérale*. Les contractures qui en résultent ou tout au moins qui l'accompagnent, posent alors le problème de toutes celles que l'on peut observer au cours des diverses maladies artérielles ; elles dépassent singulièrement le cadre du « Volkmann ». Tout n'est pas éclairci dans leur mécanisme et en dépit de nombreuses contributions, tant cliniques qu'expérimentales, leur mystère demeure en grande partie irrésolu.

(1) On trouvera tous les détails dans la monographie de M. Cahuzac et Fr. Jung : *Le syndrome de Volkmann. Etude pathologique et thérapeutique*, chez Masson (Collection « Médecine et Chirurgie »), 1946.

Aussi pensons-nous que ce qu'il y a de mieux à faire pour l'instant, avant que de passer à la synthèse, c'est d'amasser patiemment les faits ; en d'autres termes d'analyser, chaque fois que l'occasion s'en présente, les conditions d'apparition de la griffe de Volkmann. Nous disons bien « de la griffe de Volkmann » c'est-à-dire du syndrome qui la caractérise, et non pas de la « maladie » elle-même.

C'est d'une « griffe de Volkmann » que nous voulons traiter aujourd'hui ; *d'une griffe certes passagère, voire fugace*, mais d'une griffe quand même, quoique nous n'ignorions pas que celle de la maladie est fixée, indélébile à moins qu'intervienne un traitement adéquat.

C'est une *contracture*, phénomène purement fonctionnel que nous avons observée ; c'est d'*une rétraction anatomique* dont il s'agit dans la maladie constituée. Mais même alors la griffe n'est pas fixée dès le début. Au premier stade les troubles fonctionnels prédominent, voire, existent seuls, la rétraction organique est un phénomène secondaire dû à la sclérose. Tout le monde est d'accord là-dessus. La discussion porte sur la première phase.

Aussi l'étude des griffes aiguës passagères peut-elle très bien servir à élucider le mécanisme initial de la griffe volkmannienne. Notre maître, le Professeur Leriche, l'avait bien compris quand, en 1926, il étudia dans la *Gazette des Hôpitaux* « Un cas de griffe aiguë, type Volkmann consécutive à une blessure de l'avant-bras par un crochet de boucher ».

On lui a souvent reproché qu'il ne s'agissait pas là de « maladie de Volkmann ». C'est indiscutablement exact, mais il s'agissait d'une « griffe de Volkmann » et c'est le mécanisme de celle-ci qu'il s'agit d'élucider.

Observation. — Il s'agit d'une femme de 35 ans, admise à la Clinique Chirurgicale A de Strasbourg, le 4 juin 1946 pour un syndrome douloureux de l'hypocondre droit. On décide de faire une cholécystographie. Suivant la technique habituelle une dose de Foriod diluée dans 200 cc. de sérum doit être injectée par voie intraveineuse ; mais par une erreur dont il ne se rend pas immédiatement compte l'interne de garde ponctionne l'artère humérale au pli du coude et commence à pousser lentement le liquide ; au bout de 5 minutes environ, 100 cc. de Foriod sont déjà injectés, quand la malade commence à se plaindre d'une violente crampe au niveau de l'éminence thénar, puis d'une douleur à l'avant-bras. L'interne interrompt immédiatement l'injection et constate alors que l'injection était intra-artérielle et non intraveineuse. Il voit presque aussitôt apparaître progressivement : une pronation de l'avant-bras et de la main, une adduction du pouce avec flexion des deux phalanges, une flexion de la main avec contracture violente des grands et petits palmaires dont les tendons, tendus comme une corde, font saillie au niveau du poignet, enfin une flexion de tous les doigts. Cette contracture est progressive et complète en l'espace de deux minutes.

L'impotence fonctionnelle est totale, la malade ne peut bouger ses doigts ; la flexion et l'extension sont abolies. La douleur est très vive au niveau de la main et surtout de l'avant-bras qui est comme serré dans un étau. Les troubles de la sensibilité sont assez peu marqués, mais la malade accuse une hypoesthésie globale de l'avant-bras et de la main. Il n'y a pas d'anesthésie. On n'arrive pas à étendre passivement les doigts et la main en raison des douleurs violentes que provoque toute tentative de réduction de la griffe. L'ischémie est manifeste puisque le pouls radial a complètement disparu, la main est froide et légèrement pâle. Pour parer à un accident de gangrène l'un de nous décide d'essayer d'abord une injection intra-artérielle de novocaïne à 1 % dans l'humérale au bras, suivie si nécessaire, d'une infiltration stellaire. Mais au bout de 10 minutes, le pouls redevient légèrement perceptible à la gouttière radiale. L'artère humérale n'est pas trouvée au bras ; on injecte néanmoins 10 cc. de novocaïne dans la gaine vasculaire. Rapidement le pouls redevient perceptible, les mouvements de la main et des doigts reprennent après disparition progressive de la contracture et en 5 minutes tout rentre dans l'ordre.

La malade est revue le lendemain et dans la suite il ne reste aucune séquelle vasculaire ni nerveuse de cet incident.

En somme, une injection de Foriod, faite par mégarde dans l'artère humérale, a déterminé l'apparition d'un spasme vasculaire et d'une griffe de Volkmann qui commença à céder au bout d'une dizaine de minutes et dont la disparition complète fut accélérée par une infiltration périartérielle de novocaïne.

Tel est le fait que nous apportons. Comment l'expliquer ? *Trois hypothèses* se présentent aussitôt à l'esprit :

1° Le Foriod a déterminé par irritation endothéliale, un spasme vasculaire, cause lui-même, d'une griffe purement ischémique ;

2° Le Foriod injecté par voie artérielle a pu produire en même temps qu'un spasme artériel, une irritation chimique locale des muscles fléchisseurs et pronateurs de l'avant-bras ou des terminaisons nerveuses qu'ils renferment ;

3° Il a pu exciter directement les troncs nerveux, eux-mêmes par l'intermédiaire de leurs vasa nervorum.

Analysons brièvement ces trois hypothèses :

1° Le spasme de l'artère humérale est indiscutable. Rappelons qu'immédiatement l'avant-bras est devenu froid, cireux et que le pouls radial avait disparu. Le spasme n'a d'ailleurs rien de bien étonnant. Ne sait-on pas depuis Pagano que l'intima des artères est très sensible aux sels des halogènes ? Rappelons que c'est du chlorure de barium et des sels iodés qu'Odermatt, puis l'un de nous avec son maître le Professeur Leriche s'étaient servis dès 1925 pour étudier la sensibilité endo-artérielle. Plus tard nous avons souvent pu visualiser l'action locale spasmogène des produits iodo-organiques ; au cours des artériographies au Perabrodil, Tenebryl et autres produits de la sorte, le spasme est fréquent, sinon constant. Il a souvent une traduction clinique impressionnante et n'est pas sans danger chez les artéritiques avancés. On ne l'observe guère lorsqu'on se sert du Thorotrast.

Mais si nous avons souvent déjà, au cours de nos iodo-artériographies, observé des spasmes artériels, habituellement bénins, quelquefois inquiétants et deux fois au moins compliqués de gangrène, nous n'avions encore jamais jusqu'ici vu l'injection intra-artérielle de pareils produits entraîner des contractures.

Dans le cas que nous rapportons aujourd'hui, celles-ci furent-elles d'origine ischémique ?

M. Leriche analysant dans son beau livre sur « la physiologie pathologique et le traitement chirurgical des maladies artérielles et de la vasomotricité » (1) les « lois de la pathologie artérielle » consacre un court paragraphe au « retentissement sur le muscle strié de certaines excitations endo-artérielles ».

« Dans les thromboses artérielles extensives — écrit-il — à progression subaiguë, on voit très habituellement, pour ne pas dire toujours, les muscles mettre le segment malade en *position de relâchement* : rotation interne et flexion de la cuisse pour les artérites de l'iliaque externe ou de la primitive : flexion de la cuisse sur le bassin pour celles de la fémorale commune ; de la jambe sur la cuisse pour les collatérales de la poplitée. La correction de la position est impossible. Tout effort de redressement est très douloureux. Il y a une *véritable contracture réflexe antalgique* comme celle que l'on voit dans les maladies articulaires.

« Elle est certainement réflexe ; la rachianesthésie et l'anesthésie du sympathique lombaire la font, en général, cesser immédiatement. Parfois cependant sous rachianesthésie, la correction absolument complète est impossible, ou du moins est très douloureuse. Il est probable alors qu'un certain degré de rétraction s'est ajouté à la contracture. Quand on constate ce signe, il faut porter un fâcheux pronostic évolutif. Je considère qu'alors l'amputation est presque toujours nécessaire. »

Pour M. Leriche, quand un artéritique met son genou en flexion, en position de « relâchement » comme il dit, il s'agit donc avant tout d'une contracture réflexe antalgique ; cette explication est certainement valable pour un grand nombre de cas.

Mais une chose nous a frappé depuis longtemps. C'est la rapidité avec laquelle cette position vicieuse tend à se fixer. En plusieurs semaines, souvent bien plus rapidement encore, la flexion devient invincible. Ni l'infiltration locale ou à distance, ni la rachianesthésie n'amènent alors le relâchement musculaire et lorsqu'on essaie d'étendre la jambe passivement on n'y arrive pas, mais on sent les fléchisseurs tendus comme des cordes dures, rigides et inextensibles. C'est là comme nous le dit M. Leriche, un signe de très mauvais pronostic et l'amputation devient alors, en général, inévitable.

Mais examinons alors histologiquement ces muscles comme nous l'avons fait maintes fois avec l'aide de notre maître le professeur Gery : ils sont scléreux comme le sont les fléchisseurs et les pronateurs dans le Volkmann ancien le plus authentique. Dans les deux cas on voit exactement les mêmes lésions histologiques.

(1) Chez Masson, Paris 1945, p. 31.

N'est-il pas permis dans ces conditions de penser qu'entre un Volkmann consécutif à une fracture du coude avec lésion de l'artère humérale et une rétraction du genou qui suit une oblitération de l'artère fémorale il n'y a du point de vue des lésions musculaires, qu'une différence topographique, l'ischémie provoquant, dans un cas comme dans l'autre, d'abord des perturbations fonctionnelles qui aboutissent à l'hypertonie avant d'engendrer par sclérose, une rétraction organique. C'est bien là l'idée fondamentale de M. Leriche ; elle serre de trop près les faits pour qu'il ne faille pas la retenir en tout premier lieu.

Mais pourquoi dans ces conditions nous objectera-t-on, n'observe-t-on pas des contractures dans toutes les oblitérations artérielles périphériques ? Elles sont, en effet, loin d'être constantes et la critique vaut que l'on s'y arrête. Nous pensons que dans le cas de contractures, l'oblitération du tronc principal lui-même importe peut-être moins que celles de certaines collatérales se rendant directement aux muscles intéressés. Elle doit être très variable d'un cas à l'autre et il serait certainement très utile d'étudier minutieusement l'irrigation musculaire dans toutes les lésions artérielles s'accompagnant de contractures ou de rétractions.

C'est ainsi seulement que l'on pourrait résoudre le problème des contractures musculaires d'origine purement ischémique. Il en vaudrait la peine.

Mais l'ischémie n'est pas la seule hypothèse qui puisse expliquer la griffe que nous avons observée :

2° De fait le Foriod tout en déclenchant un spasme de l'artère humérale a très bien pu parvenir au contact direct des muscles, déterminant une irritation locale chimique. Mais de suite une objection se présente :

Les physiologistes et à leur suite Cossa ne nous apprennent-ils pas qu'un excitant chimique déclenche toujours une contraction isolée et jamais une contracture hypertonique ? Resterait alors l'excitation directe des corpuscules sensitifs, des fuseaux neuro-musculaires en particulier, qui sont inclus nombreux dans le corps charnu du muscle, dans les tendons, les aponévroses et gaines, voire dans le périoste voisin. Il pourrait très bien en résulter une contracture hypertonique suivant un mécanisme que très récemment P. Lombard (1) a minutieusement analysé :

Il s'agissait dans le cas de Lombard d'une fillette de 12 ans atteinte d'une maladie de Volkmann avec paralysie sensitivo-motrice des trois nerfs : médian, cubital et radial. Une infiltration novocaïnique très large des fléchisseurs et pronateurs au niveau de leurs insertions supérieures, dans l'épaisseur des corps charnus et autour des tendons fit cesser, en quelques minutes, la contracture. Le lendemain l'hypertonie avait fait place à une certaine hypotonie, alors que les troubles sensitifs et moteurs étaient inchangés.

Lombard en conclut que la griffe des fléchisseurs avec pronation forcée traduit une perturbation du tonus musculaire dans le sens d'une hypertonie réflexe. Il attribue celle-ci à une libération excessive d'acétylcholine sous l'influence d'une vasodilatation locale, elle-même consécutive au spasme de l'artère humérale. Cette hypertonie mettrait en jeu les centres trophiques et sympathiques de la moelle. Pour Lombard le Volkmann devrait donc être revu sur le plan médullaire ; il ne constituerait, en dernière analyse qu'un cas particulier des troubles post-traumatiques extenso-progressifs, récemment décrits par notre maître, le professeur Barré. Hypothèse ingénieuse que l'on ne saurait d'emblée éliminer. Il faudrait donc admettre dans notre cas que le Foriod ait déclenché une hypertonie réflexe par irritation chimique directe des corpuscules sensitifs intramusculaires.

3° Ne pourrait-on, enfin, envisager que le Foriod ait provoqué une irritation directe des fibres nerveuses à l'intérieur même de leurs troncs, médian et cubital, et par l'intermédiaire de leurs vaisseaux propres ? Pendant longtemps et surtout après les recherches de Quénu et Lejars (2) on a admis que les nerfs étaient insensibles à l'ischémie. On sait, à l'heure actuelle qu'il n'en est rien.

(1) Lombard P. Le syndrome post-traumatique d'hypertonie musculaire et de dégénérescence nerveuse. Syndrome de Volkmann. (*Revue d'Orthopédie*, T. 32, n° 6, nov.-déc. 1946, pp. 351-358.)

(2) Quénu et Lejars. Etude anatomique sur les vaisseaux sanguins des nerfs. (*Archives de Neurologie*, 1892.) — V. aussi Dieulafé R. Texture et vascularisation artérielle des troncs nerveux. (*Thèse Toulouse* 1931, chez Baillière, Paris.)

Bien des auteurs ont réussi à provoquer expérimentalement des paralysies en supprimant la vascularisation d'un nerf, et si ces expériences n'ont pas toujours donné des résultats univoques on ne saurait oublier qu'en 1941 M. Leriche (1) a consacré une étude, bientôt reprise par Policard (2), *à la vie végétative des nerfs* : qui dit « vie végétative » dit vascularisation. Comment d'ailleurs douter du fait que les nerfs, tout comme tous les autres organes, sont sensibles aux modifications circulatoires ! Wertheimer (3) qui a longuement étudié les paralysies par ischémie et l'influence de cette dernière sur la cicatrisation nerveuse, arrive aux mêmes conclusions alors que nous avons nous-mêmes (4) en rapportant notre statistique personnelle, montré combien les blessures vasculaires associées à celles des nerfs aggravent le pronostic de ces dernières. Dans un territoire ischémié par artérite, Pantchenko (5) a enfin trouvé d'importantes lésions histologiques des troncs nerveux périphériques.

S'il est maintenant avéré qu'une ischémie peut entraîner une paralysie, *a fortiori*, devons-nous admettre qu'une modification circulatoire, même passagère, puisse provoquer une irritation nerveuse.

*
**

Telles sont les trois hypothèses susceptibles à notre avis d'expliquer la griffe type Volkmann que nous avons observée. Nous ne prendrons pas parti aujourd'hui.

A l'esprit, les trois paraissent également satisfaisantes. La parole est maintenant à l'expérimentation. Clivio Nario (6) nous a appris que l'injection intrahumérale de salicylate de soude à 40 %, autre corps irritant, pouvait dans certaines conditions, reproduire chez l'animal, la griffe de Volkmann.

Il s'agit de répéter cette expérience, puis de voir ce qui se passe quand on empêche l'excitant chimique de pénétrer dans les collatérales musculaires et ensuite dans les vasa-nervorum.

Tel est le programme expérimental que nous nous sommes tracé ; nous en donnerons sous peu nos résultats.

Quoi qu'il en soit en apportant aujourd'hui un fait précis, que nous avons cherché à analyser, nous tenons à souligner qu'à notre avis :

1° La maladie de Volkmann consécutive aux fractures sus-condyliennes du coude chez l'enfant reconnaît comme *cause*, la lésion concomitante, anatomique ou fonctionnelle, de l'artère humérale ;

2° Si cette étiologie paraît incontestée à l'heure actuelle, le mécanisme de la griffe demeure très discuté ;

3° Trois hypothèses nous paraissent possibles :

a) Elle est une conséquence directe de l'ischémie musculaire comme l'entend M. Leriche ;

b) Elle résulte d'une hypertonie musculaire réflexe dans le sens indiqué par Lombard ;

c) Elle correspond à une irritation directe des fibres du médian et du cubital par l'intermédiaire des vasa nervorum.

C'est à la vérification expérimentale de ces trois hypothèses qu'il s'agit maintenant de s'attaquer.

---

(1) Leriche R. De la vie végétative des nerfs périphériques d'après l'observation chirurgicale. (*Presse Médicale* 1941, n° 52, 17 juin 1941, pp. 641-645).

(2) Policard A. Sur quelques points de l'histophysiologie des troncs nerveux intéressant le chirurgien (à propos d'un article de René Leriche). (*Presse Médicale*, n°s 15-16, 11-14 février 1942, pp. 169-171.)

(3) Wertheimer P. Rapport sur les plaies des nerfs. Congrès français de Chirurgie, octobre 1946.

— A propos des paralysies par ischémie. Soc. Chir. de Lyon, 9 mai 1946. *Lyon Chir.*, t. 41, n° 6, nov.-déc. 1946, pp. 703-705.

(4) Fontaine R. et Dany A. Réflexions à propos de 116 blessures anciennes des nerfs périphériques. Etude anatomo-chimique des syndromes déficitaires et associés. Résultats thérapeutiques. (*Semaine des Hôpitaux*, T. 23, n° 10, 14 mars 1947, pp. 604-617.)

(5) Pantchenko. Sur l'influence de l'ischémie sur les troncs nerveux périphériques .(*Annales d'Anat. Path.*, T. 17, n° 1, 1947, pp. 61-69.)

(6) Clivio V. Nario La enfermedad de Volkman experimental. (*Journ. Internat. de Chir.*, T. 3, pp. 87-128, 1938.)

ACTUALITÉS

La narcose
dans la chirurgie de la tête et du cou

Par Pierre-Louis Klotz et Jean Bertran

L'emploi de l'anesthésie générale pour la chirurgie de la tête et du cou soulève deux difficultés fondamentales. L'opérateur ne doit être gêné ni par le masque, ni par les mains de l'anesthésiste. Il ne doit pas avoir à craindre la pénétration de sang, de pus ou de débris dans les voies aériennes inférieures, pour éviter le danger immédiat d'asphyxie, et le danger secondaire d'accidents septiques graves.

En raison de cette double difficulté, la plupart des opérateurs se sont évertués, depuis une trentaine d'années, à recourir le plus possible à l'emploi de l'anesthésie locale ou loco-régionale. A la veille des hostilités, tout le monde s'accordait à ne réserver la narcose qu'à des cas exceptionnels.

Les progrès de la technique anesthésique pendant la guerre ont été tels, notamment chez les Anglo-Saxons, que dès maintenant cette primauté de l'anesthésie locale se trouve très nettement menacée. Certes, personne ne songerait à discuter l'emploi de l'anesthésie locale dans les petites interventions, surtout chez l'adulte ou le vieillard. Mais, chez un enfant, ou surtout dès qu'il s'agit d'un acte opératoire tant soit peu important, les méthodes modernes de narcose offrent une telle sécurité, qu'il peut sembler presque barbare de ne pas en faire profiter systématiquement nos malades.

Dans l'état actuel de la technique, la narcose, entre les mains d'un anesthésiste spécialisé et bien entraîné, ne donne pas un pourcentage d'accidents supérieur à celui des anesthésies par infiltration ou par imbibition.

D'autre part, seule la narcose donne au chirurgien la garantie d'un acte opératoire exécuté rapidement, et dans le calme nécessaire. Seule, elle évite à l'opéré ce supplice d'une intervention à laquelle malgré l'anesthésie de base, il est contraint d'assister. Une anesthésie locale bien réussie supprime, ou à peu près, les sensations les plus pénibles. Mais elle n'épargne pas au malade les sensations de contact, le spectacle impressionnant de la salle d'opérations, le dialogue inévitable entre le chirurgien, ses aides et le personnel, l'attente angoissante de la fin de l'intervention. Tout cela, nous pouvons, nous devons le lui éviter toutes les fois qu'il n'existe pas une contre-indication précise à l'anesthésie générale, et toutes les fois que nous n'avons pas besoin de pouvoir nous entretenir avec l'opéré pendant l'intervention.

Trois modes de narcose se partagent la faveur des chirurgiens, dans le domaine maxillo-facial : la voie rectale, la voie veineuse et l'anesthésie par inhalation.

a) *Voie rectale.* — De prime abord, la voie rectale présente des avantages incontestables. Mieux que toute autre, elle éloigne l'anesthésiste du champ opératoire. Elle permet d'endormir des enfants, des malades pusillanimes dans leur lit, et même à leur insu : de toutes les méthodes, c'est elle qui ménage le plus le psychisme des opérés ; pourtant, cette voie, après avoir connu une certaine vogue, a été peu à peu délaissée par les chirurgiens maxillo-faciaux, pour deux raisons. L'une, d'ordre général : l'impossibilité dans laquelle on se trouve de pouvoir interrompre l'anesthésie à son gré, et même de prévoir la durée du sommeil. L'autre, propre à la spécialité, l'impossibilité d'isoler les voies aériennes par un tamponnement étanche, à moins de faire une intubation, mais alors, il devient tout aussi simple de revenir à l'anesthésie par inhalation.

C'est pourquoi le rectanol et le rectidon ne sont guère utilisés qu'à titre d'adjuvants, par exemple pour obtenir une anesthésie de base très poussée chez un malade inquiet, ou chez un alcoolique, anesthésie que l'on commence dans sa chambre, et que l'on complète ensuite en salle d'opérations. Pour la chirurgie du larynx, par exemple, on peut recourir ainsi à une anesthésie locale complémentaire. Le silence obtenu est parfait, et la sécurité est suffisante, à condition de disposer d'un aide occupé exclusivement à faire de l'aspiration.

b) *Voie veineuse.* — La narcose par voie veineuse a été employée à l'échelle industrielle, pendant la guerre, et, en pratique civile, l'emploi de l'évipan, du narconumal, et surtout du dernier venu, le penthotal, est décidément entré dans les mœurs.

Cette voie constitue-t-elle une solution idéale, dans le cadre de la spécialité qui nous occupe ? Rien de plus discutable.

1° Comme dans l'anesthésie par voie rectale, le problème d'un isolement efficace des voies aériennes inférieures reste posé ;

2° Contrairement à ce que croient trop de non initiés, il ne s'agit pas du tout d'anesthésies faciles, sans dangers, ne nécessitant que le minimum de matériel, et n'exigeant aucune compétence spéciale. Injecter du penthotal, par exemple, sans avoir une grande habitude de manier cette drogue, et sans avoir à sa portée de quoi faire une intubation trachéale et de l'oxygénothérapie sous pression constitue une imprudence impardonnable.

3° Mais surtout, ces produits possèdent une action électivement sympatholytique. Ceci est particulièrement vrai pour le penthotal, surtout au début de la narcose. Ces opérés, comme on l'a dit, sont transformés d'une manière quasi expérimentale en sujets hypervagotoniques. Or, une intervention portant sur le plancher de la bouche, sur les parois du pharynx et, d'une manière plus large, sur la région cervicale, peut provoquer une irritation du X. Même légère, une telle irritation risque de déclencher une catastrophe, soit selon les cas un spasme glottique réflexe ou une syncope cardiaque par inhibition.

Par conséquent, lorsqu'on intervient sur ces régions, il ne faut employer les anesthésiques intraveineux qu'avec la plus grande prudence, au moins comme anesthésie de fond. Une forte atropinisation préalable du malade donne, certes, une grande sécurité, mais en principe, toutes les fois que l'acte opératoire intéresse une zone réflexogène, beaucoup d'opérateurs préfèrent recourir à un autre mode d'anesthésie.

Malgré les difficultés techniques qu'elle soulève, l'anesthésie par inhalation retrouve donc, en chirurgie maxillo-faciale, une grande partie de ses droits. Nous allons voir qu'elle s'est parfaitement adaptée aux besoins de la spécialité.

La *narcose par inhalation* possède des modes d'administration variés, les uns classiques, et depuis longtemps éprouvés, les autres récents, et qui mériteraient d'être mieux connus du public chirurgical.

1° L'emploi du masque classique, maintenu en place par un bandeau de caoutchouc passé derrière la tête, et raccordé au moyen d'un tuyau flexible à l'appareil générateur empêche l'accès commode à la bouche et aux fosses nasales : il ne garde donc que des indications bien limitées : chirurgie de l'oreille ou du cou.

2° L'anesthésie discontinue à la compresse est une méthode justement décriée, mais à laquelle on voit journellement l'opérateur revenir, faute de mieux. C'est un pis-aller auquel on peut, à la rigueur, se résigner, mais à condition que l'anesthésiste, dont les mains travaillent en plein champ opératoire, reste constamment soumis aux mêmes conditions de stérilité que les opérateurs : vêtu de la casaque stérile, ganté, présentant les compresses chargées de chloroforme à bout de pinces. Dans cette méthode désuète, il n'y a pas que des désavantages : l'anesthésiste peut apporter une aide appréciable au chirurgien, en tenant un écarteur, un ouvre-bouche, et surtout en aspirant, au moyen de sa main restée libre.

3° L'aspiration constitue en effet un moyen excellent de protection des voies aériennes inférieures. Depuis longtemps, Ombrédanne utilise avec succès, pour la chirurgie des becs-de-lièvre et des fissures du voile, une sonde de Nélaton introduite dans le pharynx par une narine. La tête de l'enfant est en déclive, et repose sur les genoux de l'opérateur. On lance du chloroforme dans la sonde par la soufflerie d'un thermo-cautère, et l'aide aspire le sang au fur et à mesure qu'il s'accumule dans le pharynx. Cette méthode a l'inconvénient, comme la précédente d'ailleurs, d'imposer l'emploi du chloroforme.

4° La pipe de Delbet continue à être employée journellement dans nos services. Bien placée, chez un malade suffisamment endormi, avec un tamponnement pharyngien correct et étanche, elle constitue une solution élégante pour la chirurgie des fosses nasales et des sinus. Mais elle ne laisse point à l'opérateur la libre disposition de la cavité buccale. Ici encore, l'emploi du chloroforme est seul pratique.

5° La canule de Butlin-Poirier elle aussi impose encore le chloroforme. Par contre, insinuée entre les cartilages cricoïde et thyroïde, elle libère la bouche et le visage, ce qui est un grand avantage. Elle ne dispense pas d'un tamponnement pharyngien correct, elle laisse une plaie extérieure visible, on évite donc de l'employer chez une femme jeune.

Cette canule ne devrait pas sombrer dans l'oubli. Elle peut rendre des services inappréciables lorsqu'il existe une sténose de l'étage supérieur du larynx, faisant obstacle à l'emploi de la pipe, ou à celui de la méthode dernière venue, dont nous allons nous occuper maintenant, l'intubation trachéale.

L'*anesthésie endotrachéale* consiste à intrduire directement un anesthésique volatil dans la trachée au moyen d'une sonde reliée à l'appareil générateur. Cette méthode présente incontestablement beaucoup d'avantages, en chirurgie maxillo-faciale :

1° Pas de masque sur la face, libération parfaite du champ opératoire ;

2° Suppression de tout danger d'asphyxie par pénétration de pus ou de sang, par glossoptose, ou par spasme de la glotte ;

3° Possibilité d'employer n'importe quel anesthésique volatil, ce qui constitue une énorme supériorité sur les méthodes précédentes ;

4° En cas de syncope, possibilité d'amener vite et bien de l'oxygène sous pression, là où il le faut, ce qui donne une sécurité énorme.

Le seul inconvénient véritable de la méthode est d'exiger de l'anesthésiste une grande habitude de la laryngoscopie directe. C'est le seul obstacle à sa généralisation. Certes, il faut éviter l'intubation chez des hémophiles, des hémogéniques, chez les malades dont le pharynx est particulièrement septique, ou encore lorsqu'il existe des lésions pharyngées, inflammatoires ou tumorales, que le passage de la sonde risquerait d'aggraver. Mais, si l'on tient compte de ces rares contre-indications, on n'a pour ainsi dire jamais aucun ennui.

L'opéré est profondément endormi par un moyen quelconque. Dès que la résolution musculaire est complète, on découvre le larynx au moyen d'un laryngoscope quelconque, et on y introduit sous le contrôle de la vue la sonde, soigneusement lubréfiée. Si l'anesthésie doit être de longue durée, il est recommandable d'enduire la sonde d'une pommade à la percaïne, afin d'éviter toute irritation.

La meilleure sonde laryngée est celle de Magill.

La sonde doit pénétrer à mi-chemin entre le cricoïde et la bifurcation trachéale. Pour éviter le passage de l'air en dehors de la sonde, et bien isoler les voies respiratoires inférieures, on fait un tamponnement pharyngien serré, ou encore on utilise une sonde à double paroi, dont l'espace libre sera gonflée à l'aide d'une seringue maniée comme une pompe à bicyclette. En fin d'opération, le détubage est très facile.

On peut, bien entendu, employer cette sonde chez un malade porteur d'un orifice de trachéotomie.

Quand le chirurgien veut avoir les mains libres pour travailler dans la bouche, il faut introduire la sonde par la fosse nasale la plus perméable, puis l'engager dans le larynx comme précédemment. Ce n'est pas difficile, lorsqu'on dispose d'un laryngoscope fendu latéralement, pour permettre le passage d'une pince spéciale. Certains anesthésistes entraînés n'emploient même pas de laryngoscope et font leur intubation à l'aveugle (Blind intubation) par voie nasale.

Le choix du produit volatil à utiliser nécessite, à propos de chaque malade, une discussion serrée.

1° Le chlorure d'éthyle demeure, quoi qu'on en dise, un anesthésique idéal pour les narcoses de courte durée. Il a le gros avantage de pouvoir être administré par l'opérateur lui-même. Jusqu'ici, rien n'est venu le détrôner pour la petite chirurgie O. R. L. : réductions de fractures du nez, amygdalectomie chez l'enfant, etc. Mais son emploi pour la grande chirurgie n'est point pratique : il ne peut guère servir alors que pour commencer une chloroformisation.

2° L'éther pur est un mauvais anesthésique, pour la chirurgie de la tête et du cou. Tout s'oppose à son emploi ; il favorise l'hypersécrétion des muqueuses, il congestionne l'extrémité céphalique et facilite les hémorragies, il interdit l'emploi du galvanocautère ou du bistouri électrique en raison des dangers d'explosion.

L'éther n'est donc à recommander que comme adjuvant, par exemple, intercalé sur un circuit de protoxyde. En raison de son

action irritante sur les muqueuses, il faut éviter de l'associer au penthotal, il peut déclencher un spasme réflexe

3° Le mélange de Schleich procure une anesthésie régulière et fidèle, il n'a pas les inconvénients de l'éther, mais la narcose est longue à obtenir.

4° Le chloroforme pur est partout terriblement décrié. Et pourtant, il a gardé beaucoup de fidèles. Cela se comprend, du reste : il est facile à manier, même par un novice, on peut l'utiliser de vingt manières différentes, à la compresse, au masque, au moyen de la pipe, du trocart de Butlin, etc : c'est le maître-Jacques des anesthésiques. Il ne congestionne pas, ne donne guère d'hypersécrétion, ne procure aucun risque d'explosion.

Entre les mains d'un bon anesthésiste, le chloroforme ne donne pas plus d'accidents que les autres produits, à condition, bien entendu, de se méfier de sa toxicité, et de savoir en respecter les contre-indications : jeune âge, diabète, insuffisance hépatique ou rénale, etc. Et encore, jusqu'à quel point ces contre-indications sont-elles vraiment propres au chloroforme ?

5° Le protoxyde d'azote, enfin, depuis longtemps familier aux stomatologistes, mériterait d'être mieux utilisé pour la grande chirurgie maxillo-faciale. Son seul inconvénient est d'être un peu hypertenseur, donc de favoriser parfois les hémorragies. Mais en revanche, son absence de toxicité en fait un anesthésique de choix.

Employé seul, le protoxyde n'offre guère de possibilités : il procure plutôt une analgésie qu'une anesthésie. Si l'on veut obtenir une anesthésie véritable, il faut couper brusquement l'arrivée de l'oxygène, donc mettre le malade dans un état voisin de la syncope bleue. Cela ne peut se défendre que pour une intervention très rapide.

Comme anesthésique de fond, le protoxyde doit être associé à autre chose, par exemple à l'éther ou au penthotal. La solution vraiment idéale, qui a été appliquée pour des milliers de blessés maxillo-faciaux dans les ambulances alliées, est la suivante :

— Préparation soigneuse, avec atropinisation ;
— Injection starter de penthotal ;
— Intubation trachéale avec la sonde de Magill ;
— Branchement de cette sonde sur un appareillage à circuit fermé, comportant oxygène, protoxyde et éther (Kern).

Cette méthode peut s'appliquer à tous les opérés de la face et du cou, elle cumule tous les avantages : libération parfaite du champ opératoire, isolement contrôlé des voies aériennes inférieures, possibilité de faire de l'oxygénothérapie à la demande, anesthésie parfaite, obtenue en moins de trois minutes, pour celui qui sait la donner, et que l'on peut interrompre à volonté et immédiatement. Il n'y a aucun doute que cette méthode ne soit celle de l'avenir. Elle demande. certes, un matériel spécialisé, mais relativement simple, et que l'on peut dès maintenant réaliser sans l'aide de l'étranger. On ne pourrait en dire autant des anesthésies au cyclopropane ou au vinethène, que l'on ne voit guère réalisables dans nos centres hospitaliers avant longtemps. Le cyclopropane, d'ailleurs, n'a pas seulement contre lui son prix prohibitif et la difficulté de son emploi : il est hypertenseur, donne des risques d'explosion, ce qui écarte son emploi de la spécialité.

On ne saurait se cantonner à une technique toujours la même : il n'y a pas de technique omnibus de narcose. Pour chaque malade, on doit discuter la voie, le mode d'administration, le produit à employer, en pleine connaissance de cause. Certaines difficultés purement techniques, relatives à un temps opératoire déterminé, peuvent entrer en ligne de compte pour faire choisir ou rejeter une méthode.

C'est donc, quoi qu'on en dise, au chirurgien, et à lui seul, de décider en dernier ressort du mode d'anesthésie qui sera employé. L'anesthésiste doit présenter ses observations en toute liberté d'esprit, il ne saurait avoir qu'une voix consultative.

En raison de la multiplicité des problèmes à résoudre, l'un de nous a émis le vœu, dans sa thèse (J. Bertran, thèse Paris, 1947), que les narcoses du domaine maxillo-facial ne soient confiées qu'à des anesthésistes particulièrement spécialisés. Dans les grands centres, la nécessité d'une telle mesure n'est pas discutable. Aucun candidat au diplôme d'anesthésiste ne devrait se présenter à l'examen sans avoir accompli un stage sérieux dans un service d'O. R. L. Aucun anesthésiste digne de ce nom ne devrait plus ignorer la laryngoscopie directe et la technique de l'intubation.

Mais, dans les petits hôpitaux de province, l'aspect de la question n'est pas tout à fait le même. On peut et on doit souhaiter la présence d'un anesthésiste diplômé, mais, exiger qu'il soit, en outre, entraîné à des techniques aussi particulières, c'est peut-être trop en demander, tout au moins pour l'instant. Il faut que tout praticien consciencieux et instruit puisse donner une anesthésie sans avoir eu pour cela besoin de faire des mois d'études spécialisées. L'emploi de techniques trop compliquées, d'appareillages trop onéreux et délicats n'est pas compatible avec la décentralisation chirurgicale nécessaire en notre pays.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 9 juin 1947

Sur l'action d'une hormone corticosurrénale préparée par voie de synthèse (acétate de II-Dehydrocorticostérone) chez des animaux traités par une endotoxine bactérienne. — M. Albert Delaunay et Mme Jacqueline Lebrun. — L'acétate de II-déhydrocorticostérone, injectée chez des souris surrénalectomisées, protège très nettement celles-ci contre l'action nocive de l'endotoxine typhique, mais il ne renforce pas la résistance, vis-à-vis du même poison, d'animaux normaux ayant conservé leurs surrénales ; dans ce cas, il pourrait même hâter l'évolution de l'intoxication.

Election de deux associés étrangers. — M. G. H. Hardy (de Cambridge), correspondant dans la section de géométrie, a été élu associé étranger en remplacement du biologiste Thomas Hunt Morgan (de New-York) décédé.

M. Blackeslee (de Northampton), correspondant dans la section de botanique, a été élu associé en remplacement du grand biologiste Simon Flexner (de New-York) décédé.

Election d'un correspondant dans la section de minéralogie en remplacement de Wladimir Vernadsky, directeur de l'Institut du radium à Léningrad, décédé.

Le R. P. Teilhard de Chardin, de Pékin, a été élu à l'unanimité. On connaît les beaux travaux de l'éminent paléontologiste et géologue et sa part dans la découverte, près de Pékin, au village de Choukoutien, du « Sinanthropus pekinensis », découverte aussi importante que celle, à Java, du Pithécanthrope.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Séance du 10 juin 1947

Nomination d'un membre émérite. — Sur sa demande, M. Lenormant est nommé à l'unanimité membre émérite. De ce fait, une place de membre titulaire est déclarée vacante dans la section de Chirurgie.

Rapport au nom de la Commission du Pain. — M. Tanon présente un procédé nouveau de panification dans lequel la mie du pain uniquement constituée par de la pâte de farine pure de blé est entourée d'une seconde pâte constituée par les farines dites « secondaires » actuellement employées pour cause de pénurie. Les deux pâtes ainsi disposées étant cuites ensemble fournissent un pain à mie blanche et à croûte de farines secondaires, savoureux et digestible à la fois, sans changement de l'actuel taux de blutage.

Rapport sur la vaccination contre la fièvre jaune. — M. Mathis. — Si pour les adultes le vaccin de Sellards-Laigret est le vaccin de choix, chez l'enfant, dont l'axe cérébro-spinal est particulièrement sensible aux virus neutrotropes, le vaccin 17-D de la Rockefeller Foundation, à base de virus atténué de culture est préférable.

Discussion : M. Tanon.

Le rôle du potassium dans les toxicoses graves du premier âge. — MM. Sorel, Valdiguié, Bardier et Pigassou (présentation faite par M. L. Binet). — Dans le liquide céphalo-rachidien du nourrisson en état de toxicose, le taux du potassium est constamment inférieur à la normale, ce qui ne se rencontre pas lorsque la mort est due à une autre cause que l'état toxique.

Le rôle métabolique des globules rouges dans la réparation des tissus cellulaires. — MM. Brocq et Stéphanopoli. — Au niveau des suffusions sanguines interstitielles de cause bénigne, la phagocytose ne correspond pas seulement à une destruction de l'élément extravasé, mais à un rôle positif de nutrition et de métabolisme analogue à ce qui est observé au niveau du placenta et peut-être aussi dans les tissus en voie de régénération et de réparation. Le tissu réticulo-endothélial interstitiel et les cellules de Kupffer jouent le rôle actif ; en raison de la présence de fer, de protéines spécifiques et de nucléines, les globules ont un rôle de réserve nutritive.

Avec des globules rouges pulvérisés, on peut stimuler de façon très nette les processus divers de cicatrisation ; l'effet est supérieur à celui de l'autohémothérapie classique.

Le substratum anatomique des images radiologiques dites d'atélectasie par obstruction. — MM. Galy et Duprez. — L'examen histologique de pièces de lobectomies pour tumeur polypoïde des bronches à évolution lente, longtemps après image radiologique d'atélectasie, a permis de reconnaître les divers stades évolutifs des lésions, hors de toute infection surajoutée.

Premiers résultats dans le traitement chirurgical de la surdité par otospongiose. — M. A. Moulonguet. — 38 fenestrations du labyrinthe dans des surdités graves ont, après plus de trois mois, donné 14 bons résultats, 8 résultats médiocres ou nuls ; résultats comparables à ceux des auteurs américains.

Les dilatations bronchiques fonctionnelles ou distensions bronchiques. — MM. Marquézy et Renault. — L'examen lipiodolé a montré au cours de la coqueluche des dilatations bronchiques transitoires. L'examen histologique qui a pu être pratiqué a montré que ces bronches ont une paroi très altérée dans tous ses constituants, mais ne sont aucunement dilatées. Entre les bronches dilatées que l'on peut rencontrer et les foyers de broncho-pneumonie n'existent d'autre part que des rapports de contiguïté. Les bronches dilatées ne sont d'autre part qu'augmentées de calibre, mais sans aucune anomalie histologique.

Il y aurait donc trouble fonctionnel pur ; réserves faites quant à des lésions congénitales associées possibles et quant à l'origine possible des lésions.

Discussion : MM. Lesné et Rist.

Election de trois correspondants étrangers dans la section de médecine. — MM. Chavez (de Mexico), Pelnar (de Prague) et Schauman (de Stockholm) sont élus correspondants étrangers.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 28 mai 1947

A propos des anévrysmes artério-veineux carotidiens. — M. Leriche relate l'observation d'une malade opérée de fistule artério-veineuse tolérée depuis l'âge de 2 ans jusqu'à 61 ans.

Fracture du massif cotyloïdien et du fond du cotyle avec pénétration de la tête fémorale à l'intérieur du bassin. — **Réduction et contention par traction continue associées à la mobilisation précoce de l'articulation.** — MM. Giraud et Valnet. — M. Leveuf rapporte cette observation dans laquelle les auteurs ont utilisé une double traction par broche de Kirschner transtrochantérienne et suscondylienne.

MM. Sénèque et Merle d'Aubigné font des réserves sur la qualité des résultats éloignés de ces fractures qui prédisposent à l'apparition de la coxarthrie.

Ostéomyélite aiguë du tibia traitée par résection secondaire précoce. Récidive éloignée d'une ostéomyélite grave sur le tibia régénéré. — Nouvelle diaphysectomie. — M. Magnaut. — M. Leveuf, rapporteur, discute les causes de ces récidives qui sont d'ailleurs absolument exceptionnelles.

Kystes hydatiques du foie et des poumons. — MM. M. Bérard et J. Sournice. — M. Roux-Berger rapporte une très intéressante observation de kystes multiples du foie et du poumon à propos de laquelle les auteurs discutent la question des voies d'abord des kystes de la base du poumon.

Du choix de la meilleure méthode chirurgicale dans le traitement des sciatiques d'origine discale d'après l'étude des résultats éloignés. MM. Petit-Dutaillis et Pertuiset basent leur étude sur 250 interventions pour sciatique dont 185 en rapport avec une hernie discale. Pour les sciatiques non discales les auteurs ont fait en général une radicotomie double, ce qui assure une guérison dans 85 % des cas ; pour les hernies discales l'ablation simple de la hernie suffit habituellement ; la douleur lombaire par contre persiste souvent ainsi que quelques troubles sensitifs. Les auteurs se rallient volontiers à la laminectomie limitée type Lowe qui ménage mieux la statique générale du rachis.

M. Sicard a eu des résultats excellents dans 84 % de bons résultats dans les hernies discales et 76 % dans les cas de sciatiques non discales. Par contre les séquelles lombalgiques lui ont paru moins fréquentes. M. Sicard est peu partisan des radicotomies.

Séance du 4 juin 1947

A propos d'un cas de gastrectomie totale. — M. Sieger. M. Rudler, rapporteur.

Sur les indications des radicotomies postérieures. — M. Longuet a eu l'occasion de pratiquer des radicotomies multiples pour les algies des cancers pelviens qui lui ont donné d'excellents résultats.

Considérations sur la pylorotomie extramuqueuse dans la sténose hypertrophique du pylore du nourrisson. — M. Fèvre estime qu'il est encore légitime d'intervenir sur les sténoses hypertrophiques, les infiltrations du splanchnique ne lui ayant donné que des échecs. Comparant les statistiques hospitalières et celles des opérations faites en ville, M. Fèvre souligne que les morts post-opératoires qui n'existent que dans les premières sont le fait de l'absence d'isolement de l'opéré. L'auteur n'a jamais observé de récidive, mais a eu des occlusions secondaires.

Note sur le traitement des plaies par la poudre d'hématies. — MM. Brocq et Stephanopoli ont utilisé une poudre d'hématies préparée aseptiquement dont le saupoudrage sur les plaies a paru déclencher des phénomènes locaux très favorables à la régénération de la plaie. Il semble qu'il y ait intérêt à employer exclusivement les globules rouges plutôt qu'un extrait de sang total.

Mélanose de Rhiede. — M. Costantini.

Sur la désobstruction des thromboses artérielles anciennes. — M. Juan dos Santos. — M. Leriche rapporte ce travail basé sur plusieurs observations dans lesquelles on fit l'ablation d'un caillot, puis on assura la perméabilité de l'artère par des injections d'héparine ; il semble que les collatérales restent perméables pendant extrêmement longtemps, autorisant ainsi des tentatives analogues. M. Leriche serait partisan de ces interventions dans les oblitérations artérielles aiguës des vieillards.

Pneumothorax simple persistant par fistule pleuro-pulmonaire. Complication des plaies de poitrine. — MM. Curtillet, Grasset et Houel. — M. Robert Monod lit ce travail basé sur deux observations dans lesquelles la guérison fut obtenue par intervention directe sur la fistule par thoracotomie.

ACADEMIE DE PHARMACIE

Séance du 4 juin 1947

Les indicateurs colorés du groupe de la phtaléine sont insensibles à l'ammoniaque en liqueur alcoolique. — M. J. Bougault et Mlle Pincuet. — Applications analytiques multiples de cette technique simple et précise, en particulier dosage acidimétrique des anions liés à l'ammonium ou même à d'autres bases azotées.

La loi de l'organisation de la Pharmacie et les Sociétés pharmaceutiques. — M. F. Prevet.

Activité du désoxycorticostérone par voie transcutanée chez le rat. — MM. G. Valette et M. Cavier. — L'hormone, en solution dans l'eucalyptol, administrée par voie transcutanée, rétablit l'activité musculaire du rat.

Prolongation des effets de l'insuline par association à la polyvinylpyrrolidone. — MM. A. Choay et H. Choay. — Cette substance visqueuse prolonge l'effet hypoglycémiant au moins autant que l'addition de protamine. Le complexe insuline-polyvinylpyrrolidone est limpide, homogène, de stérilisation facile et bonne conservation, il ne donne pas de réactions locales.

Salicylate et polyvinylpyrrolidone. — M. J. Galimard. — Légère augmentation de la salicylémie.

Dosage du trichloroéthylène dans l'air et les produits biologiques. — Mlle de Balazy. — Adsorption sur charbon ou silica Gel puis élution sur le toluène, dosage colorimétrique en présence de pyridine et de soude.

Influence du degré alcoolique sur l'adsorption et l'élution des alcaloïdes. — MM. R. Charonnat et J. Ormancey. — L'alcool favorise l'adsorption sur alumine de quelques alcaloïdes phénoliques.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mai 1947

Effet broncho-émollient du curare. Son utilisation en bronchoscopie. — MM. R. et Ph. Benda, M. Marocer et J. Paillas, après injection intraveineuse d'une dose optima de curare (tant l'extrait purifié et standardisé que le chlorure de d-tubocurarine), ont vu, chez quatre sujets, les bronches acquérir une flaccidité remarquable : elles semblent, en quelque sorte, s'ouvrir devant le bronchoscope qui gagne ainsi plusieurs centimètres.

L'effet broncho-émollient est contemporain de la paralysie des muscles périphériques des membres, donc précède habituellement la paralysie des muscles respiratoires. Un anesthésiste éprouvé est nécessaire pour parer à tout accident éventuel : l'apnée est d'ailleurs facilement réversible après quelques instants de respiration artificielle, pratiquée à travers le bronchoscope.

Le curare a déjà été employé en endoscopie, dans les pays de langue anglaise, en vertu de son action sur les muscles striés, pour faciliter l'intubation laryngée ou œsophagienne et éviter le spasme des muscles de la région. Les auteurs ont, ici, une préoccupation toute différente : *explorer des parties de l'arbre aérien que leur calibre rend inaccessible à la technique ordinaire.*

Cet effet broncho-émollient révèle; en même temps, un fait nouveau, à savoir : l'action paralysante du curare sur la *musculature lisse* des bronches.

Sur les caractères évolutifs d'un syndrome thalamique au cours d'une érythrémie. — MM. Th. Alajouanine, A. Tzanck, R. André. — Chez un malade de 51 ans, présentant le tableau typique d'une érythrémie, apparaissent en 1943 des paresthésies douloureuses de la main droite, paresthésies permanentes gênant le sommeil. Progressivement ces paresthésies s'étendent à l'avant-bras, puis gagnent le bras et l'épaule.

Au cours des années 1944 et 1945, le malade constate une diminution de la force musculaire de la main droite puis du membre supérieur droit. En outre se développent d'importants troubles de la sensibilité profonde.

En 1946 apparaissent des paresthésies au niveau du membre inférieur droit. L'examen met en évidence une hémiplégie à prédominance brachiale, associée à une hémianesthésie portant sur la sensibilité profonde et à une hémiataxie, symptômes qui, associés à l'hémialgie, constituent les éléments essentiels d'un syndrome thalamique. En l'absence de tout signe d'hypertension intracranienne, on ne peut incriminer que des troubles vasculaires cérébraux. Toutefois, les caractères évolutifs du syndrome sont très inhabituels : développement très lent, et en outre variations suivant les saisons et les conditions thermiques.

On sait, et l'examen ophtalmoscopique le montre, que les petits vaisseaux au moins, chez les érythrémiques sont turgescents et sans doute le siège d'une circulation sanguine ralentie.

Il est permis de se demander si dans la partie terminale d'un territoire vasculaire comme est le thalamus pour la cérébrale postérieure, cette insuffisance circulatoire ne peut être la cause d'un processus d'altération de la fonction nerveuse qui du fait de l'anoxémie lente aurait ce caractère progressif si particulier. On comprendrait alors l'influence heureuse de la vaso-dilatation à la chaleur et les alternatives d'amélioration et d'aggravation au chaud et au froid.

Liquide céphalique et liquide rachidien ; étude comparative à l'état normal et à l'état pathologique. — MM. Alajouanine et Durupt.

Sprue nostras. — Mme Bertrand-Fontaine, MM. R. Cachera et R. Fauvert, Mlle Nouflard ont étudié un cas de sprue non tropicale de l'adulte dont le diagnostic fut posé dans des conditions très particulières : chez une femme présentant une anémie, des œdèmes, et une diarrhée chronique d'apparence banale, on fut amené à instituer un traitement par des injections intraveineuses de plasma : le résultat fut non seulement la fonte des œdèmes, mais la transformation complète de l'aspect des selles ; au lieu de 5 à 6 selles liquides par jour, évacuation d'une selle unique, massive, graisseuse, caractéristique de la sprue.

Les traitements utiles ont été l'hépatothérapie, le plasma intraveineux, le régime à la farine de caroube, et enfin l'acide folique qui, seul, a amené une diminution notable du volume des selles. Le trouble d'absorption des graisses n'a pas pu être corrigé.

Forme osseuse pure de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. — MM. Alajouanine et Milliez.

Le remaniement pagétoïde traumatique du tibia. — MM. J.-A. Lièvre, H. Bloch-Michel et P. Benoit présentent un cas typique de localisation au tibia du *remaniement pagétoïde traumatique des os*, dystrophie particulière séparée par Lièvre en 1936 des autres types de la maladie de Paget. La localisation au tibia dont Lièvre a observé 6 cas est la plus fréquente et la plus typique. Débutant au siège même d'un traumatisme direct ayant atteint la crête iliaque, elle détermine après un intervalle libre variable des douleurs et une déformation susceptible de s'étendre de proche en proche et de léser le péroné ou les condyles fémoraux.

Leucémie aiguë et avitaminose C. — MM. Boudin, Uhry, Mallarmé et Auquier.

Du danger de certaines spécialités à base d'hydroxycoumarine employées actuellement dans la thérapeutique courante. — MM. Pasteur Vallery-Radot, Paul Milliez et Michel Rathery communiquent l'observation d'une malade atteinte cardiopathie mitrale, qui a présenté un série d'infarctus pulmonaires à la suite d'une hystérectomie pour fibrome. La prise, pendant 17 jours consécutifs, de deux cachets d'hydroxycoumarine, chaque jour, dosés chacun à 100 mgr., a entraîné l'apparition d'un syndrome hémogénique, non thrombopénique. La malade a guéri très rapidement de ce syndrome par la suppression du produit toxique. Médecins et malades doivent être mis en garde contre les accidents qui peuvent résulter de leur emploi massif ou longtemps poursuivi. r

CHRONIQUE

JOURNEE MEDICALE DE NANCY

Cent cinquante médecins de la Région de l'Est ont répondu à l'appel de la Faculté de Médecine de Nancy et se sont retrouvés le dimanche 1er juin, à 9 h. 45, au Grand Amphithéâtre de l'Institut Dentaire de la Faculté, pour la première Journée Médicale Nancéienne d'après-guerre.

Deux conférences, l'une de M. le Professeur ABEL sur « Les Données récentes sur la Thérapeutique par la Pénicilline et les Nouveaux Antibiotiques »; l'autre de M. le Professeur CHALNOT sur « l'Orientation actuelle du Traitement du Cancer de l'Œsophage thoracique » furent très goûtées de l'auditoire et obtinrent le plus vif succès.

Entre les deux conférences, M. le Colonel Burrit, de l'Armée Américaine, remit solennellement à un jeune étudiant en médecine nancéien, Jean-Pierre POUGET, — déjà décoré de la Médaille militaire, de la Croix de Guerre et de la Rosette de la Résistance — la « Medal of Freedom » à lui décernée par le Gouvernement des U.S.A. pour son héroïsme dans les rangs d'un escadron de cavalerie de reconnaissance de l'Armée américaine.

Un repas confraternel réunit, à 13 heures, les participants à la Journée et se termina par des allocutions de M. le Doyen Louis Merklen, de la Faculté de Médecine de Nancy et de M. le Dr Pierson, président du Groupement des Syndicats Médicaux de la Région de l'Est.

Une nouvelle Journée Médicale de Nancy est, dès à présent, prévue pour le **dimanche 9 novembre 1947** dans la matinée ; l'après-midi en sera réservée pour une Réunion du Groupement des Syndicats Médicaux de la Région de l'Est.

Le jubilé de M. Paul Métadier

Le 1er juin a été célébré à Tours le 50e anniversaire de l'activité scientifique et professionnelle de M. Paul Métadier.

Ses amis et collaborateurs ont tenu, à cette occasion, à rendre un hommage affectueux à l'éminent savant dont les travaux et l'activité commerciale ont donné aux célèbres laboratoires qu'il a fondés à Tours une renommée mondiale.

L'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours était représentée par son directeur, le professeur Guillaume-Louis. A ses côtés, on remarquait les Drs Leclerc et Procureur, directeur et directeur adjoint de la Santé, M. Léonardon, président du Syndicat des pharmaciens d'Indre-et-Loire, le professeur Robert Denis.

Des discours furent prononcés par M. André Blanchard, directeur commercial des Laboratoires, par le professeur Guillaume-Louis qui rappela l'œuvre sociale de M. Métadier et son aide aux étudiants.

Une médaille, due au sculpteur Muller, Grand Prix de Rome, fut offerte à M. Métadier qui, en termes émus, remercia ses amis et, en particulier, ses collaborateurs, dont la fidélité lui fut précieuse au cours de sa longue carrière.

COURS

..Cours de perfectionnement de neuro-psychiatrie infantile, sous la direction de Mme le Dr ROUDINESCO, médecin des hôpitaux, chef de service, avec la collaboration de M. le Dr Guy TARDIEU, médecin des hôpitaux et pour les travaux pratiques de Mlle BUGNION, assistante de psychologie. Le cours aura lieu du 22 juin au 5 juillet 1947 à l'HÔPITAL AMBROISE PARÉ, 12, rue Boileau, Paris (16e).

Inscription au secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet 4). Droit : 1.000 fr. pour les cours théoriques. Gratuit pour les internes des hôpitaux. Droit pour les travaux pratiques: 1.000 fr.

LIVRES NOUVEAUX

La Pédagogie du nourrisson et du premier âge, par A. THOORIS, chef du Laboratoire de Morphologie et d'Anthropotechnie à l'Institut Prophylactique. — Un vol. in-8 de 186 pages : 270 francs. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Devant la chute verticale de nos mœurs, la question pédagogique préoccupe à juste raison nos pensées. L'instruction s'est montrée impuissante à réparer les fautes initiales de l'élevage. L'auteur estime que l'éducation puérile doit remonter à la naissance. Le redressement ne peut rien, le dressage fait tout.

Le but est de doter le petit enfant d'un mécanisme de sécurité physique et morale, utile à la personne et à la société. Il ne s'agit pas de créer des automates mais des automatismes ménageant la dépense cérébrale qu'exigeront plus tard les opérations supérieures de l'esprit.

Quels seront les éléments de ce mécanisme ? Rien que nos réflexes hérités et acquis, les uns tout faits, base solide pour élever l'édifice éducatif, les autres instables, mais susceptibles d'être stabilisés et transformés en bons matériaux de construction. Bâtir demande que ces matériaux soient choisis et fixés. C'est à cette tâche que la mère est conviée, elle seule peut la remplir. Elle élèvera son petit enfant non pour elle mais pour lui

L'élaboration des réflexes utiles est une entreprise longue comme l'enfance est délicate, c'est pourquoi elle requiert la finesse féminine orientée et aiguisée par l'amour maternel.

Le choix des réflexes pertinents est facilité par l'ordre de leur apparition qui permet de les élaborer l'un après l'autre. Leur fixation est assurée par l'exploitation élective d'un réflexe fondamental susceptible de leur communiquer sa propre stabilité. Ce réflexe fondamental est précisément le premier apparu, le plus fort et le mieux rythmé, trois conditions favorables au service qu'on en attend. Il s'agit du réflexe nutritif.

De sorte qu'élever, éduquer, rythmer, moraliser un petit enfant procèdent d'une même culture, d'une même technique qui marie heureusement l'hygiène à la pédagogie.

On reconnaîtra, dans cet ouvrage, d'un style alerte et pittoresque, l'influence du grand physiologiste Pavlov qui appréciait tout particulièrement les travaux de l'auteur.

Pathologie infantile, par R. DEBRÉ, E. LESNÉ, P. ROHMER, avec la collaboration de H. Baruk, J. Bernard, J.-J. Bindschedler, R. Broca, R. Clément, L. Denoyelle, J. Desbuquois, G. Dreyfus-Sée, A. Favory, P. de Font-Réaulx, E. Gilbrin, S. Kaplan, M. Lamy, C. Launay, Y. Legrand-Lambling, M. Lelong, A. Lemariey, A. Linossier-Ardoin, J. Marie, R. Marquézy, L. Michaux, M. Perrault, C. Petot, A Roudinesco, R. Sacrez, E. Schneegans, G. Sée, H. Sikorav, P. Soulié, R. Turpin, P. Uhry, A. Vallette, L. Willemin-Clog, P. Woringer. — Deux volumes in-4, formant 2.500 pages, sur papier couché, avec 336 figures. Reliés : 3.800 francs. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

La médecine des enfants a fait, au cours de ces dernières années, de très grands progrès. Grâce aux méthodes d'investigation radiologique, hématologique, chimique, bactériologique, sérologique, la clinique des syndromes et des maladies restées obscures est devenue beaucoup plus claire. La thérapeutique a bénéficié largement des découvertes récentes. La notion d'hérédité est devenue infiniment moins mystérieuse que jadis. Ainsi la nécessité d'une mise au point, d'un exposé nouveau très simple et très pratique de pédiatrie s'imposait. C'est à ce besoin que répond la Pathologie Infantile de MM Robert Debré, Ed. Lesné et P. Rohmer. Les maîtres de l'Ecole de Paris et de Strasbourg ont groupé autour

d'eux leurs élèves pour la rédaction de ce traité, qui sera aussi utile à l'étudiant qu'au médecin praticien. La discussion des théories pathogéniques, l'interprétation de la physiologie et de l'anatomie pathologiques ont été peu développées, par contre l'étude des signes et symptômes, les méthodes et les procédés thérapeutiques sont soigneusement décrits. Bien souvent le médecin de famille doit diriger le traitement, s'associer au spécialiste dans le cas où une maladie de l'œil, du larynx, du squelette, plus souvent encore dans ceux où un désordre psychique occupe le premier plan. Aussi l'ouvrage est-il complété par des chapitres rédigés par des collaborateurs éminents, où sont traités les problèmes les plus fréquemment posés dans le domaine de la psychiatrie infantile, de l'orthopédie, de la laryngologie, de l'ophtalmologie. L'ensemble de l'ouvrage, qui fait honneur à la médecine française, constitue avec ses deux forts volumes, compacts mais maniables, aisés à consulter et à lire, et présentés avec soin, un instrument de travail indispensable pour le médecin d'aujourd'hui.

Le traité de PATHOLOGIE INFANTILE dont nous venons d'essayer de donner un aperçu est une œuvre considérable appelée à devenir classique. La haute autorité de ses trois directeurs, la juste renommée de leurs collaborateurs en sont le garant.

L'éditeur, le Dr Gaston Doin a, de son côté, réalisé une magnifique présentation, bien digne de sa grande maison.

Tuberculoses inapparentes, par Ch. DEJEAN, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. Un volume 14,5x21, 191 pages, 14 planches hors texte : 250 francs (baisse de 10 % non comprise). Maloine, éditeurs, Paris.

La question des tuberculoses inapparentes intéresse tout le public médical. Elle tire son intérêt non seulement de la négligence ou de l'ignorance dans lesquelles on l'a jusqu'ici laissée, mais aussi de la recrudescence actuelle des modalités les plus variées de la maladie sous l'influence des régimes restrictifs et carencés.

Plus que jamais il est nécessaire d'attirer l'attention des médecins sur les formes anormales de la tuberculose. De nombreux observateurs, aux prises avec des problèmes cliniques quotidiens, pressés par la nécessité d'y trouver une solution clinique et thérapeutique, ont découvert, peu à peu, le vaste domaine de cette infection larvée, de cette maladie immense aux manifestations polymorphes, pouvant frapper tous les organes, entrant dans la constitution d'une foule d'individus et de familles entières, comme une sorte de diathèse qui déroule pendant des années la chaîne de ses manifestations insidieuses sans être jamais dépistée.

Après une étude bactériologique et anatomo-pathologique montrant que le bacille acido-résistant n'est qu'une forme éventuelle du germe de la maladie et que le follicule ne représente qu'une modalité évolutive des lésions histologiques, l'auteur aborde la description des formes cliniques pulmonaires et extra-pulmonaires. La pneumonie atypique, l'asthme, les rhino-trachéites récidivantes, les états involutifs et résiduels, puis les fièvres sans cause, certains troubles endocriniens, digestifs, nerveux, sont passés en revue. Le rhumatisme tuberculeux, les tuberculides, les états bacillaires chroniques font l'objet d'études particulières.

Citons enfin les chapitres sur l'étiologie et la pathogénie, l'allergie, sur le diagnostic et enfin le traitement, surtout le traitement spécifique, qui s'avère, en ces cas, tellement efficace qu'on peut le considérer comme un test diagnostique, une thérapeutique d'épreuve, au même titre que le mercure pour la syphilis.

Par la nouveauté relative du sujet, l'actualité des questions traitées, l'intérêt doctrinal et pragmatique qu'elles soulèvent, enfin les sanctions clinique, thérapeutique, sociale même, qu'elle comportent, ce petit livre ne saurait laisser un médecin indifférent.

Les Œdèmes, par H. CHABANIER et C. LOBO-ONELL ; préface du Pr. RISER. Un vol. in-8° de 212 pages : 220 fr. G. DOIN, éditeur, Paris 1947.

L'ouvrage se divise en trois parties : dans la première, consacrée à l'Etude clinique, les diverses formes étiologiques des œdèmes sont exposées : œdèmes des rénaux, des cardaques, des hépatiques ; œdèmes de carence ; œdèmes endocriniens ; œdèmes inflammatoires ; œdèmes anaphylactiques.

La seconde partie traite de la pathogénie des œdèmes.

Après avoir discuté la théorie rénale de l'œdème, puis les théories qui placent le « primum movens » de l'œdème en dehors du rein : théorie interstitielle, théorie tissulaire, et la théorie que l'on peut appeler vasculaire (sous ses deux formes : conception de Volhard attribuant un rôle actif aux membranes des capillaires, et conception d'Epstein d'après laquelle l'œdème résulte du dépassement de la tension osmotique des protéines du plasma par la tension capillaire), les auteurs exposent une hypothèse de travail qui fait intervenir dans la genèse de l'œdème 3 facteurs : la tension capillaire, la teneur du plasma en protéines, et le degré de perméabilité des membranes capillaires aux protéines plasmatiques.

L'élévation de la tension capillaire et l'accroissement de la perméabilité capillaire aux protéines, d'une part, l'hypoprotéinémie, d'autre part, constituent les facteurs immédiats de l'œdème.

Il est exceptionnel qu'ils interviennent isolément. Le plus souvent on les trouve associés suivant des modalités qui varient d'après la forme étiologique en cause.

La trosième partie concerne la thérapeutique de l'œdème.

1° Thérapeutique générale de l'œdème : déchloruration de la ration ; rôle de l'apport alimentaire en eau ; valeur des diurétiques ;

2° Thérapeutique des diverses formes de l'œdème : traitement de l'œdème néphrosique (œdème de la néphrose lipoïdique pure, œdèmes de la glomérulonéphrite diffuse subchronique) ; discussion de la valeur du traitement thyro-azoté d'Epstein, de la pyrétothérapie ; action du traitement chirurgical sur l'œdème de la glomérulonéphrite diffuse subchronique. Traitement des œdèmes cardiaques, des œdèmes de carence, des œdèmes hépatiques.

En terminant cet ouvrage où le problème de l'œdème est envisagé non seulement sous son aspect théorique, mais aussi sous l'angle de la pratique, les auteurs ouvrent la question de la vitamine P (vitamine de perméabilité capillaire) dont l'intérêt apparaît d'ores et déjà comme des plus appréciables en vue du traitement des œdèmes en général, et plus spécialement des œdèmes relevant, au moins pour une part, d'un accroissement de la perméabilité des capillaires aux protéines du plasma (œdèmes des cardiaques, œdèmes glomérulonéphritiques).

Erratum. — Ve Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française : (Gazette des Hôpitaux, n° 24, 14 juin 1947, p. 346, 3e col.), dans le 2e rapport (M. Coliez) lire « les signes radiologiques de stase et de « surpression » rénale », au lieu de suppression rénale.

Nécrologie

— Le Dr Mazerès, de Pau.

— Le Dr Henri Mandel, ancien président du Syndicat des médecins de Strasbourg.

— M. le Dr Jacques Méric. Obsèques à Clairac (Lot-et-Garonne).

— Mme le Dr H. Pilliet.

— Le Dr Louis Desclaux, à Nantes.

Dépôt légal. — 1947. — - trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 26. — SAMEDI 28 JUIN 1947 — 120e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr
Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr.
Chèques Postaux Paris : 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER
146, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France..............	356 fr.
au lieu de ....375 fr.	
Un an : étudiant............	190 »
au lieu de...............200 fr.	
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de chirurgien des hôpitaux (1947). — Le 2e concours s'est terminé par la nomination de M. Robert.

Le 3e concours par la nomination de M. Monsaingeon.

4e Concours 1947 pour une place de chirurgien des hôpitaux

Jury : MM. les Drs Gouverneur, Charrier, Michon, Brocq, Houdard, Aurousseau, Mocquot, Patel, Mathieu, Merle d'Aubigné, chirurgiens ; Cathala, médecin.

Concours de gynécologue-accoucheur

1re séance : Lundi 16 juin 1947

Notes obtenues : MM. les Drs Morin, 18 ; Hanon, 15 ; Jamain, 17 ; Bidoire, 17 ; Bret, 17 ; Thoyer-Rozat, 17.

Concours pour deux places d'aides d'anatomie des hôpitaux. — Ont été nommés : MM. Galey et Faurel.

Prix de l'Internat. MÉDECINE. — Médaille d'or, M. Ryckewaert ; médaille d'argent, M. Guéniot ; accessit, M. Godlewski.

CHIRURGIE : Médaille d'or, M. Mercadier ; médaille d'argent, M. Edelmann.

Faculté de Médecine de Paris

Vacance de chaire. — La chaire d'histoire de la médecine (dernier titulaire M. Alajouanine) a été déclarée vacante. (J. O., 21 juin 1947).

Faculté de Médecine de Paris
Examens de médecine

Session d'octobre 1947

Les consignations en vue des examens de la session d'octobre seront reçues au Secrétariat (guichets 2 et 3) de 13 à 16 heures, les lundi 15 et mardi 16 septembre 1947.

Exceptionnellement, les étudiants se trouvant en province à cette époque pourront accomplir cette formalité par correspondance, à condition que leur demande parvienne au Secrétariat avant le 16 septembre. (Joindre une enveloppe timbrée.)

Le paiement des droits correspondants devra obligatoirement être effectué avant le 30 septembre, dernier délai.

Ouverture de la session : 1er octobre
Dates probables
des Ecrits de 1re et 2e année

Anatomie : 1re année, mercredi 1er octobre. — Physiologie : 2e année, vendredi 3 octobre. — 2e épreuve écrite (1) : 1re année, lundi 6 octobre. — 2e épreuve écrite (1) : 2e année, mercredi 8 octobre.

(1) Les étudiants ajournés à la session de juin-juillet subiront cette 2e épreuve écrite sur la même matière qu'à la première session. Un nouveau tirage au sort, pour les étudiants **absents** (aux 2 épreuves ou à l'épreuve tirée au sort), aura lieu à la Bibliothèque, au début de la 1re épreuve écrite, soit le mercredi 1er octobre pour les étudiants de la 1re année et le vendredi 3 octobre pour les étudiants de 2e année.

Facultés de Médecine de province

Montpellier. — Le titre de professeur honoraire de la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier est conféré à MM. Boudet et Louis Rimbaud, anciens professeurs à cette Faculté, admis à la retraite.

Légion d'honneur. SANTÉ PUBLIQUE

CHEVALIER. — MM. les docteurs Barange (de Villeurbanne) et Henri Chrétien (de Paris).

EDUCATION NATIONALE

Institut du Cancer. — Par arrêté du 10 juin 1947, M. le professeur agrégé René Huguenin a été nommé directeur du Centre anticancéreux de l'Institut du Cancer.

Direction de l'Hygiène scolaire et universitaire. — Quelques postes de médecins examinateurs scolaires à temps complet (médecins de secteurs) ou de médecins départementaux d'Hygiène scolaire (travaillant auprès des inspecteurs d'Académie), sont vacants dans les Académies de : Paris (Oise, Eure-et-Loir, Loiret) ; Clermont (Creuse, Corrèze) ; Lille (Pas-de-Calais, Somme, Aisne) ; Poitiers (Deux-Sèvres, Vendée) ; Toulouse (Aveyron).

Les candidatures sont reçues par le médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire de l'Académie (au siège du rectorat) ou à la direction de l'Hygiène scolaire et universitaire, 5, rue Auguste-Vacquerie, Paris (16e).

Liste d'aptitude à l'enseignement supérieur

MÉDECINE. Anatomie : M. Lecuirc. Histologie : M. Baud. Physiologie : M. Cler. Médecine légale : M. Derobert. Bactériologie : M. Carraz.

PHARMACIE : M. Meyer.

SANTE PUBLIQUE

Commission interministérielle pour l'étude des questions sanitaires. — Sont désignés comme membres de la commission interministérielle pour l'étude des questions sanitaires :

Au titre de représentants du ministère de la Santé publique et de la Population : MM. les Drs Cavaillon, Aujaleu et Bridgmann.

Au titre de représentants du ministère du Travail et de la Sécurité sociale : un membre du cabinet du ministre et MM. Laroque, Maillet et Descomps.

Au titre de représentants désignés par la F. N. O. S. S. : MM. Reynaud, Texier, Michel et le Dr Berlioz.

Au titre de représentants du ministère

de la reconstruction et de l'urbanisme : un membre du cabinet du ministre et M. Prothin.

Au titre de représentants désignés par l'association des maires de France : MM. les Drs Cordonnier, Pouget et Chevalier.

Recueil de formules de médicaments. — Il est institué un recueil de formules de médicaments de prescription courante ne figurant pas au Codex et pouvant être exploitées sous forme de produits sous cachet.

Ce recueil est établi sur la proposition de la sous-commission de thérapeutique et posologie de la commission permanente du Codex et fait l'objet d'une publication périodique au « Journal Officiel. »

GUERRE

Médaille d'honneur du service de Santé

Médaille d'or. — MM. le doyen Léon Binet (Paris), le doyen Hermann (Lyon).

Médaille de vermeil. — Méd. gén. Homburger, méd. col. Sabrie, Texier, A. Martin, Chavialle, P. Sieur.

Médaille d'argent. — Méd. col. Gaillard, J. Billiet, Pesme, méd. lieut.-col. Jalet, Jaulmes, Hamon, Lacambre, Courrier, Bolzinger, d'Audibert Caille du Bourguet, méd. comm. Coulouma, Camelin, Ory, Pechoux, méd. cap. Chevat.

Et à titre posthume : Dr Hoguet.

Médaille de bronze. — Pharm. comm. Gallant, pharm. cap. Peronnet et Desbordes, méd. comm. Gelly, Mme Buhr, méd. lieut.

Service de Santé. — Sont nommés au grade de médecin sous-lieutenant de l'armée active les élèves de l'école du service de Santé militaire reçus docteurs en médecine : MM. Hugonot, Amat, Thalabert, Berens, Desangles.

TRAVAIL

Nomenclature générale. — Un arrêté du 10 juin 1947 (J. O., 20 juin 1947) complète la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, annexée à l'arrêté du 29 octobre 1945.

TRAVAUX PUBLICS

Médecin chef. — Par arrêté du 27 mai 1947, le taux de l'indemnité annuelle du médecin chef du ministère des Travaux publics et des Transports, a été porté à 16.000 francs à compter du 1er janvier 1947.

Anciens combattants et victimes de la guerre

Commission consultative médicale. — Le J. O. du 17 juin 1947 publie un décret n° 47-1084 du 14 juin relatif à la rémunération des médecins vacateurs de la commission consultative médicale.

Expertises médicales. — Le J. O. du 17 juin publie un décret n° 47-1085 du 14 juin relatif à la rémunération des médecins examinateurs et des médecins vérificateurs.

Congrès de la longévité

La Société de Médecine de Vittel a décidé d'organiser, en 1948, un Congrès de la longévité. Les principaux sujets étudiés auront trait à l'hygiène des adultes, à la physio-pathologie de la sénescence, à la lutte contre les maladies de l'âge mûr et de la vieillesse par des moyens médicaux aussi préventifs que possible, et, d'une façon générale, à l'application et l'amélioration des mesures sanitaires et sociales susceptibles de prolonger la vie humaine.

Pour répondre à la diversité des problèmes à envisager, ce Congrès comportera plusieurs sections permettant de grouper avec méthode des notions concernant biologie et clinique, hygiène et thérapeutique générale, statistique et sociologie.

Il aura lieu les 12 et 13 juin 1948, à Vittel, sous la présidence du professeur Pierre Joannon, professeur d'hygiène et de médecine préventive à la Faculté de Médecine de Paris.

Les demandes de renseignements ou les communications concernant ce Congrès pourront être adressées à l'un des secrétaires généraux :

Le Dr M. Boigey, à Vittel (Vosges), ou le professeur agrégé M. Deparis, Laboratoire d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Paris, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Les Journées du diabète à Vals-les-Bains

La Société Médicale de Vals organise, pour les samedi et dimanche 6 et 7 septembre une « réunion du diabète » où seront traités les sujets suivants :

I. Acquisitions récentes sur le diabète.

II. Organisation de la diététique du diabète dans les stations thermales.

III. La cure du diabète à Vals.

Pour communications, conditions de séjour et programme détaillé, écrire à la Société Médicale de Vals-les-Bains (Ardèche), avant le 1er août 1947.

Association générale des Médecins de France

81e Assemblée générale dimanche 29 juin 1947, à 14 h. 30, dans la salle Pasteur, 60, boulevard Latour-Maubourg, Paris (7e) (métro : Latour-Maubourg), sous la présidence du professeur Baudouin, président.

Ordre du jour. — 1° Allocution de M. le professeur Baudouin, président ;

2° Vote sur l'adoption du procès-verbal de l'Assemblée générale du 17 novembre 1946 publié dans « La Vie Médicale », nos 10, 11 et 12 de 1946 et nos 1 et 2 de 1947 ;

3° Rapport de M. Touchard, secrétaire général, sur la situation morale et les actes de l'Association pendant l'exercice 1946 ;

4° Rapport de M. Jodin, trésorier général, sur les opérations financières de 1946 et sur les subventions aux Sociétés ;

5° Rapport de la Commission de vérification des comptes du trésorier : MM. Coliez, Moulis et Boutin, ce dernier rapporteur ;

6° Approbation des comptes de l'année 1945 publiés dans le rapport de 1946 de M. Jean Cate (La Vie Médicale, nos 10 et 11 de 1946) ;

7° Admission des Sociétés nouvellement affiliées ;

8° Elections au Conseil général. Six membres sortants et rééligibles : MM. Choyau, Garipuy, Gossart, Lavalée, Leuret et O'Followell. Election de trois délégués à la Commission de contrôle des comptes ;

9° Modifications statutaires (nouveaux textes) : Art. 11. — Le Conseil général est composé de 50 conseillers...

Art. 34. — ...Elle (la contribution des Sociétés adhérentes aux services généraux) est égale au 1/10e du prix de la visite médicale, d'après le tarif syndical du département de la Seine au 1er janvier de l'année considérée pour chaque tête, jusqu'à 500 membres, avec réduction de 25 % au-dessus de 500 jusqu'à 1.000 membres et réduction de 50 % au-dessus de 1.000 ;

10° La Sécurité sociale du médecin et la Mutualité :

Approbation du plan d'entraide présenté au Conseil national de l'Ordre (Voir pièce annexe).

Conventions à établir avec le Conseil national de l'Ordre ;

11° Communications diverses.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

(Professeur J. Leveuf)
Hôpital des Enfants-Malades
149, rue de Sèvres, Paris (15e)

Cours de gymnastique médicale, de rééducation fonctionnelle et de massage. Enseignement préparatoire au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute (loi du 30 avril 1946).

Sous la direction du professeur Jacques Leveuf et de MM. : Prof. Sorrel, chirurgien de l'hôpital Trousseau ; Dr Boppe, chirurgien de l'hôpital Bretonneau ; prof. agr. Fèvre, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis ; Dr Petit, chirurgien de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul ; Dr Huc, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

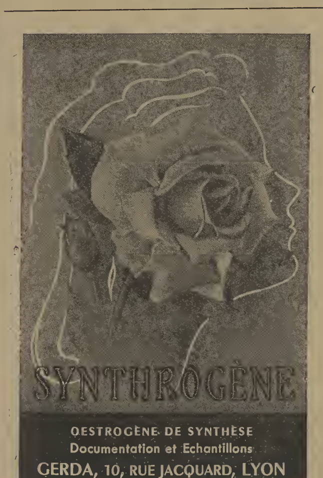
Avec la collaboration de MM. les docteurs : P. le Cœur, attaché d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades ; Bernard Duhamel, prosecteur à la Faculté de Médecine ; Kiepfer, médecin assistant à l'Hôtel-Dieu ; Y. Legrand-Lambling, A. Triboulet-Chassevent, attachés de gymnastique des hôpitaux de Paris) : Fège, Strohl, chargés des cours de massothérapie.

L'Ecole de kinésithérapie, organisée dans le cadre de l'enseignement de la Clinique chirurgicale infantile et orthopédique de la Faculté de Médecine de Paris, et agréée par arrêté du ministère de la Santé publique, le 30 octobre 1946, a son siège à l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris.

Elle prépare les élèves au diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute (loi du 30 avril 1946). Ses cours s'ouvriront en novembre 1947 (consulter les affiches).

Conférence

Le professeur René Dubos, de l'Institut Rockefeller, de New-York fera, le lundi 30 juin, à 17 h. 30, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, 28, rue du Docteur-Roux, une conférence sur « les nouveaux procédés de culture du bacille tuberculeux et leurs applications à l'étude du pouvoir pathogène ».


SYNTHROGÈNE
OESTROGÈNE DE SYNTHÈSE
Documentation et Echantillons
GERDA, 10, RUE JACQUARD, LYON

Le cobalt en thérapeutique

par Jean-Marie Le Goff

Le cobalt est un métal provenant des profondeurs du globe terrestre, ramené à sa surface par l'éruption des roches ferrugineuses et magnésiennes. De là il s'est introduit dans tous les organismes vivants, végétaux et animaux. En France, il y a des gisements de cobalt qui ne sont pas exploités. Dans les Alpes, aux mines de Chalanches, célèbres au XVIIIe siècle pour leur production d'argent ; en Alsace, à Sainte-Marie-aux-Mines, on a exploité le cobalt entre 1530 et 1630, on comptait 3.000 ouvriers ; aux environs de Nontron, dans la Dordogne et à Juset, en Haute-Garonne, on a découvert en 1787, des mines de cobalt et une manufacture de « safre et d'azur » fut installée sur les bords de la Pique ; récemment on a trouvé à Ponpean, près de Rennes et à Chatelaudren, près de Saint-Brieuc, des gisements de cobalt ; au Maroc, à Bou-Azzer, à 170 kilomètres de Marrakech, il existe un gisement important de cobalt en pleine exploitation (1).

Dans la classification de Thénard, le cobalt est situé dans la 3e section, à côté du fer, du nickel, du zinc, du cadmium, du vanadium, du chrome, de l'indium et de l'uranium.

La biochimie du fer, voisin du cobalt, est très avancée ; on sait que le fer entre dans la constitution de l'hémoglobine où il existe en liaison avec quatre groupes de pyrrol et que dans les globules du sang il promène l'oxygène dans toutes les parties du corps, l'étalant sur une surface d'échange de plus de 100 hectares en 24 heures (2).

On a même dit, sans preuve irréfutable, que le cobalt pouvait remplacer le fer dans la molécule d'hémoglobine.

En métallurgie, les alliages au cobalt sont doués de propriétés physiques chimiques et mécaniques exceptionnelles.

A la suite de la découverte par Gabriel Bertrand (3) de la présence de petites quantités de cobalt chez tous les êtres vivants, végétaux et animaux, et sur ses conseils, je commençai mes recherches sur la biochimie de ce métal, encouragé dans cette voie par cette idée, très ancienne chez moi, que le bleu de cobalt exerçait un effet curatif sur certains sujets. En étudiant la toxicité des composés de ce métal, son action spécifique sur le système sympathique (4). L'injection hypodermique de quelques centigrammes d'un composé cobalteux détermine chez l'homme sain ou malade, l'érubescence de la face avec vasodilatation des vaisseaux superficiels de la figure, des oreilles, du cou, de la nuque, accompagnée de la sensation de chaleur et de tension dans toute la tête pendant quelques minutes et de l'apparition de chaleur aux extrémités des membres supérieurs et inférieurs à ce point que des personnes souffrant de froid aux pieds et aux mains éprouvent après quelques injections une sensation de chaleur constante à ces organes (5).

S'il s'agit de complexes cobaltiques et surtout de cobaltiammines, au bout de cinq à quinze minutes, le sujet éprouve une sensation de chaleur à la figure qui rougit un peu, mais moins que dans le cas précédent. Il ressent bientôt aux lèvres un frémissement, des secousses fibrillaires et des secousses cloniques qui s'étendent aux ailes du nez, aux joues, aux paupières, au front, au cuir chevelu. Les gencives semblent se gonfler et s'étirer, la tension de la muqueuse buccale paraît accrue, souvent la salivation augmente. Il éprouve dans la gorge la sensation d'avoir avalé une liqueur forte ou un corps solide qui s'y trouverait arrêté ; parfois il éternue et baille plusieurs fois. Ces sensations s'étendent jusqu'aux mains et aux pieds dans lesquels se manifestent les mêmes secousses cloniques ainsi qu'aux seins, aux cuisses et aux organes génitaux, surtout chez la femme.

De plus fortes doses provoquent des nausées, des coliques et même des vomissements, des évacuations alvines et quelquefois une sensation de pression ou de douleurs au niveau du plexus solaire. Tous ces phénomènes sont très marqués chez l'individu sain, ils varient dans leur intensité et leur localisation chez les malades atteints de rhumatisme articulaire, d'affections cutanées, d'anémie, d'aménorrhée, de diabète sucré et d'affections nerveuses où le grand sympathique est plus ou moins intéressé. Pendant deux ou trois jours la sensation de secousses se reproduit par accès périodiques de courte durée que la volonté est impuissante à maîtriser. On reconnaît en cela quelques propriétés analogues à celles du curare (6), notamment le d. tubo-curare isolé par Mc Intyre et King déjà employé en chirurgie abdominale (7).

Ces phénomènes indiscutables et nettement visibles sont accompagnés de manifestations internes que j'ai enregistrées par la suite, comme la motricité intestinale (notée chez le lapin dès le début de mes recherches), l'hypotension sanguine (8), les variations du nombre des pulsations cardiaques et des mouvements respiratoires. Je ne parlerai pas du pouvoir hémapoïétique du cobalt bien étudié par Mascherpa (9) et surtout par Polonovski et Briskas (10).

A un autre point de vue, on remarquera que l'emploi du cobalt apparaît aussi comme un moyen précieux d'investigation dans les recherches biologiques.

⁂

Au 13e Congrès International de Physiologie tenu à Boston (U. S. A.) en août 1929, dans une communication intitulée « Le cobalt vaso-dilatateur », j'ai donné les premiers résultats de l'emploi de ce métal en thérapeutique chez vingt-cinq malades : 10 atteints de diabète sucré. 1 de diabète insipide, 5 de rhumatisme articulaire, 3 d'eczéma, 1 d'obésité, 1 d'albuminurie. 1 d'hématurie, 1 d'anémie, 1 d'énurésie et un d'épilepsie (11).

Les 10 malades atteints de diabète sucré se répartissent comme suit :

Au..., poids 60 kgs, âge 62 ans, a reçu 3 injections ; Bo..., 83 kgs, 55 ans, 10 injections ; Bu..., 72 kgs, 50 ans, 21 injections ; De..., 80 kgs, 45 ans, 4 injections ; Fo..., 57 kgs, 49 ans, 14 injections ; Ge..., 68 kgs, 47 ans, 9 injections ; Is..., 75 kgs, 66 ans, 5 injections ; Lar..., 60 kgs, 62 ans, 6 injections ; Mar..., 64 kgs, 34 ans, 1 injection ; Sl..., 80 kgs, 60 ans, 2 injections ; *Diabète insipide* : Ma..., 50 kgs, 40 ans, 1 injection ; Cinq malades atteints de *rhumatisme articulaire* : Ac..., 58 kgs, 60 ans, 2 injections ; Cui..., 77 kgs, 54 ans, 1 injection ; Mo..., 72 kgs, 50 ans, 2 injections ; Ph..., 59 kgs, 34 ans, 2 injections ; R..., 56 kgs, 23 ans, 6 injections ; 3 *affections cutanées* : By..., 68 kgs, 40 ans, 4 injections ; Ci..., 47 kgs, 18 ans, 15 injections ; Dor..., 52 kgs, 21 ans, 2 injections ; *Enurésie* : Cl..., 57 kgs, 16 ans, 14 injections ; *Hématurie* : Lag..., 51 kgs, 36 ans, 3 injections ; *Epilepsie* : Ma..., 70 kgs, 36 ans, 8 injections ; *Obésité* : Nd..., 84 kgs, 18 ans, 25 injections ; *Albuminurie* : Pm..., 60 kgs, 32 ans, 1 injection. — Le volume de chaque injection était un centimètre cube contenant quelques centigrammes de sel cobalteux.

Comme je l'avais avancé, dès 1926, j'ai pu constater que dans les diabètes légers le cobalt amène la disparition de la glycosurie et que dans le diabète insipide il y a diminution de la polyurie (cf. *Gaz. Hôp.* 19 octobre 1946, p. 1477).

Ces résultats n'ont pas toujours été confirmés. Je rappelle que Marcel Labbé, H. Roubeau et F. Nepveu ont montré (*Acad. des Sc.*, 16 janv. 1928), que l'injection des sels de cobalt et de nickel, *sans insuline*, a été, chez l'homme sain, comme chez le diabétique sans effet hypoglycémiant, résultat conforme à ceux observés par Gabriel Bertrand et Macheboeuf.

Mais, d'autre part, Zuccoli, étudiant le traitement du diabète par le nickel et par le cobalt (*Gaz. Hôp.*, 1928, p. 1437), constatait que les sels de cobalt ont manifestement favorisé et prolongé l'hypoglycémie insulinienne.

Et Zuccoli concluait avec Rathery (*Ac. Sc.*, 26 juillet 1928) : « Le cobalt semble doué d'une réelle efficacité chez certains diabétiques, il est sans danger aux doses employées. L'absence de tout résultat en certains cas ne saurait suffire à enlever au médicament sa valeur « car nous ne saurions oublier que l'insuline elle-même est sans aucune action chez certains diabétiques ».

C'est dire l'intérêt qu'il y a à poursuivre ces recherches.

⁂

Je donne aujourd'hui un aperçu sommaire du traitement par le cobalt de 80 malades dont 12 atteints de diabète sucré, 27 de rhumatisme articulaire, 18 d'eczéma, 13 d'aménorrhée et 10 affections nerveuses dont les détails seront publiés ultérieurement :

Les 12 cas de diabète sucré comprennent :

Ap..., poids 70 kgs, âge 50 ans, 1 injection ; Bi..., 70 kgs, 51 ans, 7 injections ; Ca..., 77 kgs, 54 ans, 3 injections ; De..., 61 kgs, 54 ans, 11 injections ; Gr..., 96 kgs, 55 ans, 1 injection ;

Gu..., 70 kgs, 60 ans, 3 injections ; Ja..., 60 kgs, 43 ans, 5 injections ; Ma..., 60 kgs, 52 ans, 1 injection ; Me..., 82 kgs, 50 ans, 6 injections ; Ra..., 61 kgs, 30 ans, 1 injection ; Sa..., 61 kgs, 50 ans, 10 injections ; So..., 62 kgs, 51 ans, 5 injections.

Les 27 cas de rhumatisme articulaire comprennent :

A..., 55 kgs, 32 ans, 2 injections ; Am..., 70 kgs, 59 ans, 2 injections ; Bl..., 61 kgs, 49 ans, 17 injections ; Ba..., 80 kgs, 61 ans, 7 injections ; Br..., 70 kgs, 51 ans, 2 injections ; Bt..., 56 kgs, 53 ans, 17 injections ; Bu..., 53 kgs, 32 ans, 3 injections ; Ch..., 61 kgs, 47 ans, 2 injections ; De..., 71 kgs, 60 ans, 6 injections ; Dw..., 61 kgs, 50 ans, 3 injections ; Du..., 83 kgs, 62 ans, 4 injections ; Gr..., 60 kgs, 58 ans, 7 injections ; Go..., 60 kgs, 48 ans, 10 injections ; Gw..., 62 kgs, 51 ans, 8 injections ; Ja..., 65 kgs, 70 ans, 4 injections ; Jo..., 58 kgs, 70 ans, 6 injections ; La..., 50 kgs, 32 ans, 8 injections ; Lg..., 51 kgs, 45 ans, 6 injections ; Ma... 37 kgs, 13 ans, 8 injections ; Mo..., 51 kgs, 40 ans, 7 injections ; Nu..., 64 kgs, 58 ans, 3 injections ; Pi..., 64 kgs, 51 ans, 3 injections ; Sa..., 54 kgs, 31 ans, 3 injections ; So..., 51 kgs, 46 ans, 6 injections ; To..., 51 kgs, 47 ans, 1 injection ; Tri..., 80 kgs, 61 ans, 2 injections ; We..., 52 kgs, 34 ans, 1 injection.

Les 13 cas d'aménorrhée comprennent :

Ab..., 53 kgs, 19 ans, 11 injections ; An..., 72 kgs, 24 ans, 5 injections ; Bo..., 58 kgs, 22 ans, 3 injections ; Ca..., 52 kgs, 17 ans, 3 injections ; Fa..., 63 kgs, 27 ans, 13 injections ; La..., 60 kgs, 24 ans, 5 injections ; Le..., 60 kgs, 20 ans, 3 injections ; Ll..., 57 kgs, 38 ans, 8 injections ; Li..., 59 kgs, 22 ans, 2 injections ; Ni..., 48 kgs, 21 ans, 2 injections ; Ph..., 49 kgs, 53 ans, 5 injections ; Ra..., 50 kgs, 41 ans, 1 injection ; Va..., 48 kgs, 18 ans, 16 injections.

Les 18 cas d'eczéma comprennent :

Ba..., 68 kgs, 57 ans, 7 injections ; Bi..., 61 kgs, 43 ans, 9 injections ; Bo..., 62 kgs, 32 ans, 6 injections ; Ce..., 51 kgs, 18 ans, 2 injections ; Cr..., 48 ans, 39 ans, 51 injections ; Da..., 60 kgs, 57 ans, 8 Injections ; De..., 52 kgs, 38 ans, 8 injections ; Fo..., 59 kgs, 47 ans, 8 injections ; Ga..., 62 kgs, 39 ans, 11 injections ; Go..., 42 kgs, 37 ans, 14 injections ; Gu..., 72 kgs, 50 ans, 1 injection ; Ke..., 61 kgs, 36 ans, 10 injections ; La..., 64 kgs, 25 ans, 16 injections ; Le..., 61 kgs, 32 ans, 7 injections ; Lo..., 52 kgs, 15 ans, 3 injections ; Lu..., 49 kgs, 60 ans, 14 injections ; Ra..., 70 kgs, 41 ans, 3 injections ; Ta..., 67 kgs, 50 ans ,4 injections.

Les 10 cas de maladies nerveuses comprennent :

Ca..., 48 kgs, 77 ans, 7 injections ; Ce..., 54 kgs, 24 ans, 14 injections ; Da..., 58 kgs, 22 ans, 11 injections ; La..., 71 kgs, 37 ans, 70 injections ; He..., 49 kgs, 30 ans, 27 injections ; Le..., 55 kgs, 48 ans, 12 injections ; Ma..., 49 kgs, 13 ans, 6 injections ; Pe..., 58 kgs, 47 ans, 4 injections ; Mr..., 51 kgs, 40 ans, 23 injections ; Ve..., 53 kgs, 27 ans, 3 injections.

Pour ces cinq groupes comprenant 80 malades, j'ai fait depuis 1929, 659 injections soit une moyenne de 8 pour chacun, avec effet favorable, sans aucun incident sauf dans 2 cas : pour le premier, il s'agissait d'une femme obèse dont l'érubescence s'étendit à tout le corps pendant 24 heures et pour l'autre, il s'agissait d'une femme atteinte de maladie mentale qui fut prise de nausées, de vomissements avec fièvre légère pendant 48 heures chez laquelle la dose avait été doublée par erreur ; dans deux autres cas, j'ai noté une légère élévation de température après chaque injection.

Von Joo a étudié l'action du cobaltiammine dans 13 cas de schizophrénie et 7 cas de parkinsonisme (12).

Le professeur F. Caujolle, de Toulouse, vient de publier dans la septième série des « *Exposés annuels de biochimie médicale* parus sous la direction de Michel Polonovski » (13), le cours qu'il avait fait en février 1925 à la Faculté de Médecine de Paris, sous le titre : « La Biochimie du cobalt », il s'exprime ainsi : L'influence de doses thérapeutiques prolongées de cobalt chez l'homme n'a donné lieu à aucune remarque. La tolérance hépatique et rénale de ces faibles doses serait toujours excellente (14).

Voici quelques détails sur ces 10 cas de maladies nerveuses et mentales qui permettent de prévoir l'utilisation du cobalt en psychiatrie.

Obs. 194. Mad. Ca..., 77 ans, poids 48 kilos, maladie de Parkinson. Le traitement a été commencé en 1938, le 10 juin et continué les 1er, 4, 11, 16, 23 juillet et 7 décembre. Injections intramusculaires de cobaltiammine. Le résultat obtenu a été la suppression des tremblements de la main droite.

Obs. 57. Ce..., femme de 24 ans, poids 57 kgs, mariée, avec un enfant, mécanographiste. Chaque mois, à l'approche de ses règles, éprouve des douleurs violentes dans la tête, accompagnées de gêne produite par quelque chose qui se détache du cerveau et se promène à l'instar d'un insecte comme une libellule qui chercherait à sortir du crâne provoquant des idées de tristesse suivies de larmes abondantes qu'il est impossible d'arrêter, est obligée de suspendre son travail dix jours par mois. Le 1er août 1930 je fais une injection intramusculaire de parties égales de composé cobalteux et de cobaltiammine (14), qui détermine de la chaleur et une tension de la peau avec contraction superficielle analogue à la sensation que l'on ressent lorsqu'on étend sur les joues du blanc d'œuf pour empêcher l'apparition des rides. Le mobile s'arrête aussitôt et disparaît ainsi que la douleur et les idées tristes sont remplacées par des idées normales qui se maintiennent jusqu'au 12 novembre où je fais la même injection et tout rentre dans l'ordre.

Après la guerre, j'ai repris le traitement les 21 et 26 janvier 1946, les 2, 7, 14, 21 février, les 7, 13, 21, 28 30 mars, les 4, 6 avril, 16 mai, 21 novembre, 7 décembre 1946 ; 11 janvier, 8 février, 6 mars, 12 et 26 avril 1947, état actuel bon.

Obs. 63. Mme Li..., 37 ans, poids 71 kilos, troubles d'équilibre, confusion mentale, mélancolie, larmes, règles douloureuses, se plaint de ce que son cou grossit à ce moment, a suivi tous les traitements d'usage en pareil cas.

Mon traitement a débuté avec 4 injections les 5, 12, 19, 26 décembre 1930, suivies d'amélioration notable, puis repris en 1931 avec 4 injections les 7, 14 janvier et les 4 et 23 novembre ; en 1932 une seule injection, le 20 janvier, améliore l'état général qui s'est maintenu toute l'année. En 1933, je fais 9 injections les 20, 27 septembre, les 4, 11, 18 octobre, les 8, 15, novembre et le 6 décembre. En 1934, je fais 9 injections, les 17, 24 janvier et 22 juin, les 13 et 20 juillet, les 3, 10, 17 et 24 octobre. En 1935, 7 injections le 27 mars, les 3, 17, 24 avril et les 1er, 11, 22 mai. En 1936, trois injections maintiennent la santé en parfait état, le 29 mars et les 10 et 24 juin. En 1937, 10 injections le 3 février, les 3, 10 et 24 mars, les 7, 21 avril, le 5 mai et les 2, 15, 30 juin. En 1938, cinq injections, les 16 et 25 février, les 3 et 31 mars et le 1er mai. En 1940, une seule injection. En 1946, 14 injections, les 14, 21, 28 février, le 14 mars, le 11 avril, le 9 mai, les 6 et 14 juin, le 31 août, le 24 octobre, les 9, 16, 23, 30 novembre. En 1947, deux injections le 6 mars et le 10 avril. Les règles ont disparu depuis le début de juin 1944, l'état général s'est maintenu bon, le poids qui était en novembre 1946 de 68 kgs est tombé à 62 en mai 1947, à cette date la cholestérolémie était de 2 gr. 25 par litre. Pendant tout son traitement la malade a pu vaquer à ses occupations avec aisance.

Obs. 211. H..., 30 ans, poids 49 kgs : sclérose en plaques au début. Venu consulter pour crises d'étranglement en avalant ses aliments et troubles d'équilibre, en 1939, injection le 29 novembre et les 11, 13, 20, 22 décembre dès la première, les crises d'étranglement disparaissent.

En 1940 le traitement est continué les 5, 12, 19, 31 janvier, les 2, 7, 9, 14, 16, 21, 23, 28 février, 1, 6, 8, 13, 15 mars, 3, 5, 10 avril, les 5, 13, 20 novembre, soit en tout 27 injections. Les troubles d'équilibre ont diminué, la démarche est revenue normale ; à la suite de chaque injection le malade ressent en plus de l'érubescence de la face de la chaleur dans la gorge, le sommeil a été rétabli, l'écriture est plus régulière.

Obs. 113. Mme Leb., 28 ans, poids 67 kgs : hystérique. En 1933, injections intramusculaires de composés cobalteux les 13, 20, 27 septembre, 4, 18 octobre, 3 et 13 novembre, amélioration ; en 1934, les 27 avril, 5 mai, 1935, les 22 mars, 3 avril, 15 mai, 1936, les 17 et 21 janvier ; pendant ces trois dernières années j'ai injecté des solutions de cobaltiammine. Les crises ont disparu, les nuits sont calmes et le sommeil s'étend de 9 heures du soir à 8 heures du matin.

Obs. 192. M..., jeune fille de 13 ans, poids 53 kgs, fait ses études de violon pour entrer au Conservatoire. A la fin du printemps 1930, elle est prise d'une obsession subite et ne peut plus continuer ses études même l'audition musicale lui est très désagréable. Le 1er juin, je fais une injection de 2 centig. de composé cobalteux, l'obsession diminue ; le 15 juin, j'ajoute à l'injection précédente quelques centig. de cobaltiammine, l'érubescence de la face est très marquée, la malade a la sensation de chaleur et de tension dans la tête, elle se sent électrisée par tout le corps ; je continue cette dernière injection les 22, 29 juin et le 13 juillet. Ce jour, elle se sent guérie et reprend son violon avec joie et affection.

Obs. 200. Mme P..., 54 ans, poids 59 kgs, a deux enfants, est poursuivie par l'idée du suicide. Le 14 décembre 1938, je fais une injection de composé cobalteux et de cobaltiammine que je répète les 22, 28 décembre, puis le 4 janvier 1939, l'érubescence de la

face est très marquée à chaque injection ; à partir de la dernière, les idées de suicide disparaissent totalement.

Obs. 184. Mor., âge 40 ans, poids 50 kgs, a la sensation de tremblement et de fourmillement dans la tête, la nuque, les bras et les jambes sans qu'aucun mouvement soit perceptible à la vue ou au toucher.

Le traitement commencé le 8 octobre consiste en injection intramusculaire de cobaltiammine dissous dans 2 cc. de sang puisé au pli du coude, continué les 15, 22 29 décembre ; en 1938, injection les 5, 20, 26 janvier, 9, 23 février, 9, 25 mars, 8 et 29 avril ; 18 mai, état meilleur.

En 1939, 18, 25 octobre, 23, 29 novembre, 6, 13 décembre ; en 1940, 26 janvier, 2 février, 1er mars et 24 avril, amélioration notable.

Obs. 95. Vi..., âge 60 ans, poids 51 kgs, ancien syphilitique, maux de tête dès son lever. Le 15 mars 1939, injection de composé cobalteux et de cobaltiammine, suivie d'érubescence de la face, chaleur à la figure comme s'il se trouvait en face d'un feu ardent, me dit le malade, couché sur son lit, il lui semble qu'il se déplace ; je continue les mêmes injections les 29 mars, 19 avril, 3 et 24 mai ; amélioration puis les 28 février 1940, 6 et 13 mars, 3, 10, 12 avril et 30 octobre : amélioration notable.

D'après ce qui précède, on voit que les composés hydrosolubles du cobalt sont administrés sous forme d'injections intramusculaires ou d'injections intraveineuses, mais comme pour le fer, on peut aussi prescrire des pilules de quelques centigrammes ou les solutions bien dosées ; l'assimilation dans ces cas est fonction de l'activité stomacale et intestinale et l'effet moins rapide. Au point de vue biologique, nous ne sommes encore qu'aux débuts qui sont encourageants. Le cobalt est un médicament puissant, dont l'action s'exerce surtout sur le système nerveux et le sympathique.

Il semble, comme le dit le professeur Caujolle et c'est là une notion nouvelle, que le rôle sympathicolytique du cobalt ne soit pas discutable. Cette fonction sympathicolytique joint à ses aptitudes hémopoïétisantes, glycorégulatrices et hypotensives paraît prédisposer le cobalt à tenir une place importante dans l'arsenal thérapeutique. Par sa toxicité réduite et la facilité de son élimination, le cobalt apparaît comme un élément aisément maniable dont l'étude pharmacodynamique s'impose (13).

Les résultats favorables, souvent impressionnants que je viens d'exposer dans ces cas de psychose joints à ceux relatifs aux 70 autres malades qui seront publiés bientôt, donne une confirmation de l'opinion ci-dessus émise par le professeur Caujolle et sont un encouragement sérieux à tous ceux qui voudront étendre l'application du cobalt en thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

1. R. Perrault : *Le Cobalt.* Dunod Ed., Paris.
2. Justin Jolly : *Le sang dans la vie de l'organisme.* Flammarion Ed., Paris.
3. J.-M. Le Goff : Le Cobalt dans la nature. *Gazette des Hôpitaux*, n° 5, 17 janvier 1939.
4. J.-M. Le Goff : Action vaso-dilatatrice des sels de Cobalt. *Compt. rend. Académie des Sciences*, séance du 16 janv. 1928.
5. J.-M. Le Goff : Sur quelques propriétés physiologiques et thérapeutiques du Cobalt. *Gazette des Hôpitaux*, n° 35, 3 mai 1939.
6. J. Sutter : *Action du Cobalt sur l'organisme.*
7. L'Hôpital : *Le curare en chirurgie abdominale*, avril 1947.
8. J.-M. Le Goff: Action hypotensive du Cobalt. *Société de Biologie*, séance du 29 juin 1929.
9. Mascherpa : Le pouvoir hématopoïétique du Cobalt. *Arch. it. de Biologie*, 1930.
10. Polonovski et Briskas : Comptes rendus de la *Société de Biologie*, 1939-130-1590.
11. Le Goff : Le Cobalt as vaso-dilator. *The Journal of Physiology and Experimental Therapeutics*, vol. XXXVIII, n° 1, January, 1930.
12. Von Joo : Le Cobalt dans les maladies mentales. *Psych... Neurol... Woch...*, 34, 321, 1932.
13. F. Caujolle : Biochimie du Cobalt. *Exposés annuels de Biochimie Médicale*, septième série, pages 200-249. Masson, éd.
14. J.-M. Le Goff : De l'érubescence paroxystique cobaltique. *Gazette des Hôpitaux*, n° 16, 15 août 1946.

Le sang dilué en chirurgie

par J. Guilleminot et P. Grigaut

Les troubles très graves qui résultent de la diminution de la masse sanguine circulante dans certains états pathologiques chirurgicaux, troubles pouvant aboutir plus ou moins vite à la mort, ont depuis longtemps incité physiologistes, médecins et chirurgiens tant en France qu'à l'étranger, à rechercher une thérapeutique correctrice efficace.

Les divers états s'accompagnant d'une diminution de la masse sanguine peuvent avoir par ailleurs une symptomatologie différente et la correction pourra être obtenue par des moyens également différents. Telle est sans doute la raison qui explique la multiplicité des solutions successivement proposées, variables dans leurs compositions au fur et à mesure qu'évoluait la pathogénie des troubles qu'elles ont à corriger.

Parmi tous les liquides proposés le sang dilué doit particulièrement retenir notre attention. C'est une méthode à la fois simple et efficace qui ne nécessite qu'un minimum de matériel et peut être mise en œuvre avec le minimum de frais. Nous l'avons, dans les services de chirurgie de Saint-Germain-en-Laye, longuement et largement utilisée et c'est encore à elle que nous avons le plus souvent recours à l'heure actuelle malgré l'apparition de liquides nouveaux et intéressants.

Le sang dilué, *découverte française*, a vu ses applications s'étendre très largement en chirurgie car il s'applique à presque tous les cas qui sont rencontrés : qu'il s'agisse d'états anémiques, de légères hypoprotéinémies, d'hémorragies et de choc sauf, peut-être, ces chocs purs observés chez les brûlés et les ensevelis. De plus c'est une thérapeutique que l'on peut mettre en œuvre partout où l'on dispose de donneurs.

Définition. — Le sang dilué est une dilution dans un liquide isotonique de sang, frais ou conservé.

Il n'est pas indifférent, semble-t-il, d'employer le sang frais ou le sang conservé. Notre préférence va nettement au premier. Mis à part les difficultés d'approvisionnement en sang conservé, sa conservation difficile et le risque de contamination toujours possible, on est sûr de trouver dans le sang frais tous les éléments nécessaires à parer à une déficience momentanée du tissu « sang » chez le malade ; d'autre part cette pratique permet une injection isogroupe, chose qui n'est pas à dédaigner.

Quel sérum va-t-on employer ? divers liquides ont été proposés : sérum physiologique, solution glycéro-citraté, sérum glucosécitraté, etc... Mais les avantages du sérum de Binet et Strumza semblent évidents : cette solution isotonique contient pour 1.000 cc. : 8 gr. de ClNa, 1,50 de CO^3 NaH et 4 gr. d'hyposulfite de Na. C'est là le sérum que nous employons ou plutôt un sérum très voisin qui n'en diffère que par une autre concentration et l'adjonction de citrate trisodique.

Indications. — Dans quels cas employer cette thérapeutique ? L'indication majeure est l'*hémorragie.*

1° Dans les hémorragies extrêmement abondantes, où la chute brutale de la masse sanguine risque d'entraîner la mort en quelques instants : une transfusion de sang pur est impraticable en raison du volume important qu'il faudrait injecter, le sang dilué permet le remplacement rapide de la masse sanguine « et l'hémorragie foudroyante est transformée en une hémorragie lente et relativement modérée » ;

2° Le sang dilué, par le solvant qu'il contient, est de plus capable d'atténuer le choc transfusionnel toujours possible, d'où son emploi de préférence au sang pur toutes les fois qu'on a affaire à un malade dont l'état général est altéré ; c'est le cas par exemple, au cours des avortements infectés, pour les hémorragies d'origine néoplasiques, etc.

L. Binet a de plus montré que la dilution dans son sérum atténuait la nocivité de certains échantillons de sang conservé et

permettait l'emploi d'ampoules dont la date d'utilisation était périmée pour les injections de sang pur.

Dans les suites *post-opératoires* l'emploi du sang dilué est encore plus fréquent. Tout opéré reste pendant une période plus ou moins longue un être en instabilité neuro-humorale, et, pour chaque indication, la transfusion est avantageusement remplacée par une injection de sang dilué, hormis les cas bien entendu où, dans un but hémostatique, le sang pur reste impérieusement indiqué.

C'est le traitement des *anémies* post-opératoires inquiétantes où formule sanguine et hématocrit sont bas mais c'est aussi le traitement des *légères ou moyennes hypoprotéïnémies.* Malgré les efforts du centre national de la transfusion sanguine, le plasma est difficile à se procurer et sa rareté ne permet pas son utilisation dans ces cas spontanément curables, certes, mais non sans préjudices pour l'organisme. De petites perfusions de sang dilué nous ont donné là encore d'excellents résultats, remontant la protéïnémie de l'opéré.

L'emploi du sang dilué dans le choc a été et reste encore controversé. Il faut, pensons-nous, tendre à réhabiliter cette thérapeutique dans l'esprit des chirurgiens. A l'appui de cette thèse nous versons la constatation suivante : le choc pur est excessivement rare, mettant à part les brûlés et les ensevelis, ce que l'on rencontre dans la pratique chirurgicale courante c'est un état mixte où se mèlent choc et hémorragie, l'examen sanguin en fait foi qui montre à côté de chiffres bas de protéïnes, l'absence d'hémoconcentration et même parfois un hématocrit abaissé.

Les résultats thérapeutiques confirment notre façon de penser, le sang dilué est un excellent moyen de lutter contre le choc post-opératoire ; le sang frais donne son apport de protéïnes, d'hormones, d'ions indispensables, le sérum fournit son CO3 NaH qui remonte la réserve alcaline, son hyposulfite antifloculant et antianaphylactique.

Le professeur Binet a depuis longtemps prôné l'emploi du sang dilué dans le choc. Rendant compte de ses expérimentations sur l'animal, il pouvait dire à la séance du 30 avril 1941 de l'Académie de Médecine : « Les résultats obtenus avec le sang dilué sont supérieurs à ceux obtenus avec du sérum seulement, l'hypotension artérielle est presque complètement corrigée, la respiration redevient ample et régulière, le débit respiratoire s'élève, l'animal se réveille progressivement et sort de son coma. »

Mais, comme tous les moyens de lutte contre le choc, le sang dilué ne résume pas à lui seul toute la thérapeutique à employer. La fourniture et le « déblocage » des hématies est indispensable ; leur oxygénation ne l'est pas moins. C'est dire que cette réanimation « circulatoire » ne prendra toute sa valeur qu'aidée par la réanimation « respiratoire » pour laquelle l'oxygène doit être largement distribué.

Si le sang dilué a de multiples indications dans la période post-opératoire, il reste, *pendant l'acte opératoire lui-même*, l'élément thérapeutique essentiel à la prévention du choc. Les interventions importantes voient leur pronostic immédiat transformé par cette pratique.

Doit-on systématiquement installer à tous les gros opérés une perfusion de sang dilué ? Non, il faut toujours éviter en chirurgie les actes systématiques ; surtout que l'on peut, dès avant l'intervention, prévoir son opportunité.

Les renseignements fournis par l'étude du test de Crampton, de l'hématocrit ou de la numération pourront en eux-mêmes renseigner sur son utilité.

Et il est superflu de dire que certaines interventions génératrices d'hémorragies inévitables ou particulièrement susceptibles de déclencher un choc imposent plus spécialement son emploi.

D'autre part, il arrive fréquemment que l'indication du sang dilué ne se pose qu'au cours même de l'intervention, on se base alors, à côté de l'hémorragie constatée par l'opérateur, sur les variations du pouls et de la tension qui doivent être pris toutes les dix minutes au moins. Si l'on veut voir la perfusion agir, il faut la faire à temps, donc suivre l'opéré comme nous venons de le dire et multiplier même les prises de tension artérielle si une chute ou un pincement est constaté.

On peut être ainsi amené à passer un, deux litres et même parfois davantage dans les veines de l'opéré. La perfusion doit se faire calmement, posément, sans gêner en rien la poursuite de l'opération, sans que le chirurgien ait à intervenir. Pour cela il est indispensable de pouvoir compter sur un réanimateur qui se chargera du prélèvement du sang, du mélange et de la bonne marche de la perfusion. Il devra, avant l'intervention, examiner le système veineux du futur opéré pour, au besoin, demander au chirurgien de lui dénuder une veine avant de commencer l'intervention.

Dès la fin de l'opération, le réanimateur continuera de surveiller l'opéré car il est fréquemment indiqué, dans les douze heures qui suivent, de recommencer une perfusion afin de consolider le résultat immédiat.

L'indication du sang dilué étant posée, comment réaliser la perfusion ?

M. L. Binet conseille de mêler trois parties de sérum et une partie de sang. C'est pour nous la dilution la plus employée mais une dilution moindre peut être indiquée, il suffit dans ce cas d'ajouter un peu de citrate pour éviter les coagulations.

Lorsque l'élément hémorragique domine, nous faisons volontiers un mélange à parties égales. Tous les intermédiaires sont évidemment possibles et l'appréciation de l'importance relative des deux éléments choc et hémorragie fixe le taux de dilution.

Le mélange sera préparé à côté de la salle d'opération, ainsi le donneur ne risquera pas de contaminer l'atmosphère opératoire. Il peut se faire soit directement dans l'ampoule de sérum préalablement tiédie, soit dans une cuvette stérile où l'on versera d'abord le sérum chauffé à 40° environ puis le sang. Dans tous les cas une agitation modérée du mélange est indispensable. Le sang est prélevé à la seringue ou à l'aide d'un appareil à transfusion prélablement lubrifié avec un anticoagulant.

Le mélange une fois préparé, l'injection peut être faite rapidement comme une transfusion sanguine ou en goutte-à-goutte plus ou moins rapide. Quel que soit le mode d'injection, il faut toujours interposer un filtre dans le circuit afin d'éliminer les quelques minuscules caillots et les particules de fibrine qui ont pu se former.

S'il s'agit d'une perfusion en goutte-à-goutte, plusieurs ampoules peuvent être nécessaires et il est recommandé, au cours des changements, de ne pas rabaisser le tube de caoutchouc afin de ne pas « noyer » le voyant du goutte-à-goutte. Bien entendu le tube de caoutchoue doit être purgé à chaque fois.

Comme au cours de toute perfusion, la température injectée doit être maintenue aux environs de 37°.

Pour ceux qui voudraient utiliser le sang conservé une technique simple a été mise au point par Mallarmé et Bourlière. A l'aide de la seringue à transfusion de Tzanck, seringue à trois voies, on aspire successivement la quantité de sang puis la quantité de sérum désirée et, le mélange étant fait dans le corps de pompe de la seringue, on le chasse par la troisième voie dans la veine.

Jeanneney et Ringenbach font un goutte-à-goutte en partant d'une ampoule de sérum et d'une ampoule de sang dont le rythme des gouttes est réglé par deux pinces à vis. Le mélange se fait au niveau d'un tube en Y qui réunit les tubulaires à la sortie des goutte-à-goutte.

Conclusions. — Mais, et nous y insistons, rien ne vaut à notre avis le sang frais. La méthode du sang dilué permet de diminuer les besoins en quantité de sang et permet cependant des doses suffisantes de liquide efficace.

C'est une méthode pratique, que l'on peut réaliser partout de façon simple à condition d'avoir quelques donneurs à sa disposition.

Elle s'applique avec succès dans presque tous les cas qu'on rencontre en pratique chirurgicale courante puisqu'elle permet non seulement de lutter contre l'hémorragie mais encore de corriger les hypoprotéïnémies légères et moyennes.

Méthode française, elle doit acquérir droit de cité dans tous les centres chirurgicaux français pour le plus grand bien des opérés et la plus grande sécurité des opérateurs.

(Travail du Centre chirurgical de Saint-Germain-en-Laye. Service du Dr Larget.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 16 juin 1947

Action empêchante d'anticorps sur la réponse hormonale de la crête de chapon. — MM. Caridroit et A. Moszkowska. Note présentée par M. R. Courrier. Il est possible d'empêcher ou d'inhiber la croissance de la crête d'un chapon recevant une hormone androgène par un sérum contenant des anticorps pour la crête. La réceptivité des tissus de la crête se trouve diminuée. La quantité efficace de sérum est d'autant plus grande que la dose d'androgène est plus importante.

Une mission en Grande-Bretagne. — M. Caquot rend compte à l'Académie de la mission qu'il avait reçue de la représenter aux cérémonies du *Centenaire de la Société des Ingénieurs mécaniciens de Londres.*

En raison des difficultés de transports et de change qui compliquent toute réunion scientifique internationale, un très petit nombre d'étrangers avaient pu répondre à l'invitation des ingénieurs britanniques.

M. Caquot insiste sur le haut intérêt de cette réunion et sur sa cordialité et même la magnificence avec laquelle les ingénieurs anglais ont accueilli le représentant de l'Académie des Sciences.

Et cependant, l'Angleterre comme la France connaît à son tour la misère de l'Europe. Les restrictions alimentaires, les restrictions vestimentaires sont même plus grandes en Angleterre qu'en France. La volonté tenace de vaincre toutes les difficultés s'affirme néanmoins chez nos voisins et c'est un exemple que nous devons méditer et tâcher d'imiter.

Pour la première fois l'Académie des Sciences faisait l'essai d'une installation de microphones et de diffuseurs, installation très utile dans cette immense salle où il était très difficile d'entendre les orateurs.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Séance du 17 juin 1947

Rapport sur l'inscription au tableau C du cyclopropane. M. Fabre.

Rapport sur l'invitamination naturelle. — Mme Randoin. *Discussion :* MM. Martel, Armand-Delille.

Suppression de l'acide borique pour conserver les beurres et les margarines. — M. Martel. — La réalité des faits et l'étude des textes réglementaires montrant que le boratage est une mesure au moins inutile au point de vue hygiénique et qui ne s'abrite que derrière une tolérance inutilement prolongée.

L'Académie émet le vœu que dans le plus court délai possible, l'acide borique, qu'il soit seul ou associé au borate de soude, soit formellement interdit dans la fabrication et la conservation des beurres et des margarines.

Note sur 22 cas d'endocardite maligne traités par la pénicilline avec 9 guérisons; 2 vérifications après guérison prolongée du syndrome infectieux. — MM. Mattei, Audier et Tristani. — 22 cas ont été observés en deux ans ; 15 d'entre eux avec lésions mitrales, 3 avec insuffisance aortique, 3 avec lésions associées mitrales et aortiques, 11 ont évolué comme des asystolies, 2 avec des symptômes rénaux, 9 avec un syndrome infectieux pur.

Dans 5 cas n'existait aucun antécédent endocardique, dans 16 une endocardite rhumatismale ; une fois existait une cardiopathie congénitale ; 6 avaient des antécédents infectieux récents ; 16 n'avaient aucun antécédent.

Le traitement, par la pénicilline intramusculaire, a comporté en 24 heures 400.000 unités pour les premiers cas, 1.000.000 d'unités par la suite.

Quelquefois la défervescence se produit entière et définitive en quelques jours ; plus souvent elle est progressive durant dix jours et parfois suivie d'une reprise thermique de cinq ou six jours, plus rarement la défervescence se fait attendre davantage.

La guérison a été obtenue dans 40% des cas ; la mort est survenue par asystolie progressive ou par thrombose artérielle cérébrale. Les doses de médicament doivent être suffisantes et proportionnées à la pénicillo-résistance du germe ; l'association avec les tonicardiaques et avec le salicylate de soude ne doit pas être négligée.

Cavités préformées broncho-pulmonaires. — MM. Mattei, Tristani et Barbe. — La radioscopie et l'exploration lipiodolée dirigée révèlent parfois dans le poumon d'un sujet non tuberculeux la présence de cavités à contours nets et arrondis en parenchyme apparemment sain. Suppurantes ou non, elles sont cliniquement silencieuses. La dénomination de préformées a l'avantage de ne pas préjuger de leur nature.

La clinique et la radiologie permettent d'en individualiser de nombreuses formes qui, dans l'ensemble, ont un caractère commun de pénicillo-résistance.

Importance de l'âge dans l'apparition des primo-infections tuberculeuses à la campagne. — M. Durand (de Courville). Présentation faite par M. Carnot. — L'étude du milieu rural montre l'importance individuelle et sociale de cuti-réactions tardivement positives et des primo-infections survenues à la fin de l'adolescence. La surveillance médicale doit donc s'étendre loin de l'âge scolaire et se compléter des mesures préventives habituelles, vaccination par le B.C.G. en particulier.

La spéléotomie dans le traitement des cavernes tuberculeuses du poumon. — M. Bernou. — La technique française de spéléotomie comporte les méchages intracavitaires prolongés, la cautérisation des foyers caséeux pariétaux des bronches de drainage et des foyers caséeux justacavitaires.

Les rechutes *in situ* deviennent plus rares de même les fistulisations broncho-cutanées.

Cette technique est particulièrement utile dans les cavernes résiduelles après thoracoplastie, dans les cavernes superficielles du lobe inférieur après échec des divers moyens de collapsus locaux ou à distance.

Traitement chirurgical des troubles dus à l'agénésie du sinus frontal. — M. Rebattu. — Les signes fonctionnels rappellent la sinusite aiguë ou subaiguë sans fièvre ni écoulement nasal ni modification rhinoscopique. La radiographie montre l'agénésie du sinus ; la transillumination favorise la confusion avec une sinusite. Il semble s'agir de douleurs trigemello-sympathiques.

Le traitement consiste dans la création d'une ébauche de sinus frontal par trépanation du bloc osseux.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 11 juin 1947

Un cas de récidive de hernie discale. — M. J.-J. Herbert. — M. Sicard souligne la rareté de ces récidives.

A propos du traitement biologique des plaies. — M. Dufourmentel.

L'hémangio-endothéliome thyroïdien. — M. Dargent. — M. Roux-Berger rapporte ces deux observations très rares puisqu'il n'existerait qu'une trentaine de cas de ces tumeurs. M. Dargent en recherchant parmi les coupes d'autres tumeurs thyroïdiennes en a retrouvé plusieurs observations méconnues. Ce sont des tumeurs qui se développent toujours sur un goitre bénin évoluant chez un homme ; la malignité en est certaine ; les métastases ne se font pas dans le tissu osseux mais dans l'appareil pleuro-pulmonaire.

Infection grave de la face « spherophorus varius » d'origine dentaire avec empyème du sinus maxillaire. — M. Incelrans. — M. Truffert, rapporteur.

Corps étranger de l'œsophage inextirpable par les voies naturelles. Œsophagotomie sans sutures profondes. Suture cutanée. Pénicillothérapie. Guérison. — MM. Gardères et Ferron. — M. Truffert, rapporteur.

Une cause d'erreur dans les pleurésies purulentes de l'enfant : les grands kystes infectés de la base gauche. — M. Iselin a eu l'occasion en quinze ans de rencontrer quatre fois cette lésion rare et dont la méconnaissance semble avoir eu une fâcheuse influence sur l'évolution générale : 4 morts sur 4 malades opérés.

M. Iselin souligne l'intérêt diagnostic soulevé par ces kystes car, chaque fois, l'erreur de diagnostic entraîne une erreur de thérapeutique. Si l'opportunité d'un drainage se pose, l'intervention doit en effet être conduite différemment en vérifiant l'existence ou non d'adhérences pleurales ; de toute façon, seule la lopectomie permet de guérir cette lésion.

M. Monod souligne que l'idéal est d'opérer ces malades au stade de kyste non infecté.

Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine. — M. de Souza Pereira apporte une série d'observations intéressantes grâce auxquelles il a pu mettre en évidence l'intérêt de l'infiltration du splanchnique gauche suivie au besoin de sa section pour faire disparaître les crises angineuses lorsque l'infiltration du ganglion étoilé a échoué.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 mai 1947

L'acide para-aminobenzoïque dans les dyspnées (Modes d'administration et posologie). — MM. R. Benda, G. Poirot, M. Pernelle et R. Wattebled ayant constaté l'absence de toxicité de l'acide para-aminobenzoïque, ont été amenés à élever graduellement la concentration de la solution utilisée. La solution d'acide para-aminobenzoïque, *p*H 7, sous forme de son sel sodique, peut être employée indifféremment en injections intraveineuses ou en injections intramusculaires. L'avantage de ces dernières, c'est de pouvoir être répétées plusieurs fois dans la journée, d'une façon absolument indolore, et de maintenir ainsi une certaine concentration du produit dans le sang. Sur 60 cas de dyspnées de causes diverses (asthmatiques, tuberculeux avancés, pleurésies séro-fibrineuses, pyopneumothorax, dyspnée après section de brides, après pneumothorax extra-pleural, cancer du poumon, maladie de Hodgkin), ils ont obtenu 43 résultats favorables et 17 échecs. Les échecs appartiennent surtout aux premiers essais et paraissent dus, soit à des doses insuffisantes, soit au fait que les malades n'avaient pas été soumis à une cure de réduction des liquides ingérés, laquelle paraît indispensable pour diminuer le total des urines excrétées et augmenter d'autant la concentration d'acide para-aminobenzoïque dans le sang. Les auteurs commencent actuellement par une injection intraveineuse de 10 cm^3 d'une solution à 5 p. 100, *p*H 7 ; ils la répètent les jours suivants. Si le résultat est insuffisant, ils le complètent par des injections intramusculaires de la même solution (10 cm^3 par injection), renouvelées deux, trois, quatre ou cinq fois par jour, suivant effet.

Il n'existe pas de contre-indication. Quant à la pénicilline, il semble que l'acide para-aminobenzoïque ne peut qu'en renforcer l'action. La solution d'acide para-aminobenzoïque *p*H 7, peut-être également utilisée sous forme d'aérosols et, surtout, en injections intrapleurales.

Leucémie lymphoïde chronique au cours d'une dilatation des bronches. — M. R. Benda, Mlle H. Aubin et M. E. Orinstein.

Mononucléose infectieuse et pénicillinothérapie. Remarques sur son mode d'action. — MM. R. Sohier et A. Guichard ont obtenu au onzième jour d'une mononucléose infectieuse avec fièvre élevée en plateau et s'étant tardivement accompagnée d'angine et d'une légère réaction méningée, une chute de la température et une rétrocession rapide des lésions buccopharyngées. Ils se demandent si la pénicilline, lorsqu'elle a une action dans cette maladie, n'agit pas surtout sur la flore de l'angine et en particulier sur un streptocoque hémolytique anaérobie toujours retrouvé lors de l'isolement systématique des germes à partir des lésions amygdaliennes.

Rémittente bilieuse à forme de cholécystite suppurée. — MM. R. Dumas, A. Corcos et R. Halfen. — Une jeune femme présenta, à la suite d'un premier épisode fébrile, un tableau de cholécystite suppurée avec grands accès thermiques, ictère intense, foie douloureux avec plastron de péritonite sous-hépatique. L'intervention chirurgicle était décidée lorsqu'un nouvel examen de sang montra qu'il s'agissait d'un paludisme à *Plasmodium falciparum.* Une seule injection de quinine suffit à faire disparaître tous les symptômes.

Hépatonéphrite au cours d'une septicopyohémie à staphylocoques. Pénicillothérapie. Guérison. — MM. Ch. Richet, E. Boltanski et F. Delbarre.

Néphrite avec hypertension traitée par néphrectomie. — MM. Lebon, Sabadini, Liaras et Choussat.

Paraplégie spasmodique par épidurite chronique à staphylocoques. .. MM. J. Lebon, F. Amoros, Descuns et Claude.

Les lésions de la silicose et leurs usages radiologiques. — M. Nicaud.

Modalités nouvelles de la radiothérapie des cancers pulmonaires. — MM. Huguenin et Fauvet. — Par une nouvelle technique permettant d'employer des doses très élevées de rayons réparties sur plusieurs champs, une amélioration fonctionnelle et un nettoyage radiologique surviennent au bout de quelques semaines. Trente malades ont été ainsi traités. Il est impossible de parler encore de guérison mais on peut espérer que sur des malades traités dès le début du cancer, on obtiendra des résultats définitifs.

Réticulo-endothéliose hyperplasique chronique à localisation cutanée, ganglionnaire, splénique et hépatique avec hypovitaminose A. Considérations pathogéniques. — MM. Brahic, Gastaud, Jouve et Andrac (Marseille).

VARIÉTÉS

Brown-Séquard et l'ironie du sort

(à propos d'une récente biographie américaine (1)

Le professeur J. M. D. Olmsted, qui enseigne la physiologie à l'Université californienne de Berkeley, vient de publier ses Conférences de 1946 à l'Université John Hopkins de Baltimore (Ilideyo-Noguchi Lectures). Il a pris pour sujet Charles Edouard Brown-Sequard, Mauricien de naissance et rattaché à notre pays à la fois par ses ascendances maternelles, par sa formation et ses recherches biologiques à Paris, par son accession enfin à la chaire de Médecine du Collège de France dans les dernières années de sa vie. L'obstacle, très relatif heureusement, d'un texte anglais ne diminue pas l'intérêt avec lequel les médecins français peuvent retrouver dans cette remarquable étude toute une période de l'histoire de la biologie à son adolescence.

***

A 20 ans, en 1838, Brown-Séquard et sa mère quittent Maurice pour Paris, avec des projets littéraires qui rappellent assez curieusement ceux de Claude Bernard en ses jeunes années. L'île natale demeure cependant chère au jeune médecin qui, en 1842, après la mort de sa mère, vient y chercher l'apaisement à sa peine et le rétablissement d'une santé éprouvée. Faute d'y trouver les moyens de travail et le milieu scientifique qui lui sont nécessaires, il revient et l'humeur voyageuse ne quittera plus de longtemps ce fils tôt orphelin d'un capitaine au long cours.

---

(1) J. M. D. Olmsted. — Charles Edouard Brown-Séquard. A. Nineteenth Century Neurologist and Endocrinologist, Baltimore, *The John Hopkins Press*, 1946.


DEMANYL
PATE ACIDE, VITAMINÉE, SULFAMIDÉE
AUX SELS BILIAIRES ET A LA CHLOROPHYLLE
★
LYTIQUE, BACTÉRICIDE
NUTRITIF, CICATRISANT
★
Plaies atones
Ulcères variqueux
Maux perforants
Engelures ulcérées
Eczémas
Pyodermites
THERAPLIX
98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VII•

Pendant des années, c'est d'une rive à l'autre de l'Atlantique un va-et-vient quasi périodique, au gré d'une activité jamais satisfaite et que se partagent la recherche, l'enseignement et même la pratique de la médecine. C'est la stabilité assurée dans ses recherches qu'il poursuit surtout ; si, en effet, une double formation, anglaise et française, lui est une précieuse ressource et lui permet de répondre aux invitations des jeunes universités américaines, là-bas comme en France, il n'est pas moins un Britannique et un hôte à qui les situations officielles et stables ne sont pas accessibles.

L'Angleterre ne le voit pourtant qu'à deux reprises faire un séjour de quelque durée et c'est à l'Amérique et à la France qu'allèrent ses préférences : neuf fois il séjourna aux Etats-Unis, professeur et chercheur très écouté et médecin très actif.

Mais c'est toujours en France qu'il revient pour ses travaux les plus importants ; c'est en France, enfin, qu'en 1878, à son neuvième séjour, il se fixe et, naturalisé Français, trouve au Collège de France la chaire et le laboratoire longtemps désirés.

Sa vie de voyages n'avait pourtant rien diminué de sa ténacité à poursuivre la solution des mêmes problèmes tout au long de sa vie scientifique. Cette persévérance n'est pas l'un des traits les moins attachants du héros de M. Olmsted.

Malgré sa fidélité à un « grand œuvre » et malgré tous les dons intellectuels trouvés à son berceau, il semble que Brown-Séquard n'échappa cependant pas entièrement à la malédiction de la mauvaise fée ni à l'ironie toujours en éveil du sort. Sans doute la mauvaise fée l'empêcha-t-elle de distinguer pleinement entre l'attachement à l'hypothèse de travail et la propension à se lier trop entièrement à l'hypothèse explicative, et de laisser à la porte du laboratoire « les idées préconçues avec son manteau », comme le conseillait Claude Bernard. Le sort ironique fit aussi peut-être que c'est à ce qui s'est révélé caduc dans son œuvre que — pour partie — lui-même et les savants ses contemporains, attachèrent du prix alors que c'est une œuvre accessoire et transitoire qui pour nous présente les traits d'une anticipation riche d'avenir.

Ce sont ses recherches sur l'épilepsie que dans l'ensemble de son œuvre neurologique Brown-Séquard semble avoir poursuivies avec le plus de ténacité et de passion. Dès 1856, comme corollaire à des recherches sur la topographie de la moelle et le cheminement de l'influx nerveux, il publie un premier travail sur « les troubles convulsifs apparaissant chez les animaux ayant subi une hémisection latérale de la moelle épinière ». Huit à dix jours après une section entre D_8 et L_1, il observe chez le cobaye des convulsions du côté opposé à la lésion et atteignant jusqu'au cou et à la face, convulsions épileptoïdes suivies d'une période post-convulsive parfois prolongée. Du même côté que la lésion les téguments de la face et du cou forment une zone hyperesthésiée et épileptogène. Brown-Séquard, dès auparavant défavorable à l'hypothèse de localisations nerveuses, ne voit d'explication que dans une « action nerveuse à distance » dont il était le défenseur dès le début de ses travaux. Des recherches ultérieures le confirment dans une telle opinion ; seule l'action à distance peut expliquer les zones épileptogènes et les spasmes bilatéraux de la face et du cou qui accompagnent la paraplégie due à la section totale de la moelle.

Les tenants de l'opinion opposée n'avaient d'ailleurs pas de meilleure explication à proposer non plus que pour les crises provoquées par l'excitation de téguments que la section du trijumeau avait rendus insensibles, l'excitation directe du tronc nerveux lui-même demeurant inopérante.

Des cautérisations locales parurent à Brown-Séquard des anticonvulsivants d'une fidélité telle qu'il en préconisait l'emploi thérapeutique chez l'homme.

Un fait surprenant n'échappe cependant pas à cet observateur aigu : les troubles expérimentaux sont d'autant plus constants et prononcés que les animaux sont mieux nourris et habitent dans une cage plus étroite. Il l'attribue à un enchaînement complexe où se conjoignent l'action du grand sympathique, les troubles vaso-moteurs et l'anoxémie.

Ce qui n'expliquait pas pourquoi ses élevages français étaient plus régulièrement atteints que ceux d'Amérique : espèces, terrains, idiosyncrasie... ?

Autre surprise qui éveilla bien des échos : la disposition épileptique d'animaux opérés se transmettait de génération en génération dans leur descendance ! A vrai dire la comparaison avec des élevages témoins ne montra pas une prédominance bien marquée de cette tendance convulsive chez les descendants d'animaux opérés mais seulement une prédisposition certaine du cobaye en général aux convulsions épileptiformes. Mais l'ambiance scientifique et philosophique d'alors donna un grand retentissement à ces observations ; Darwin et certains de ses disciples ne laissèrent pas ignorer de telles transmissions de caractères acquis qui venaient confirmer leurs conceptions.

Brown-Séquard était reconnu pour un observateur et un expérimentateur hors pair, il était apte à conseiller efficacement des maîtres de la technique expérimentale, il n'est donc pas surprenant que dès 1855, devant la Société de Biologie, plus tard devant l'Académie de Médecine, ses travaux aient retenu l'attention.

En 1881, à l'Académie des Sciences, Vulpian, rapporteur du prix Lacaze, qu'allait recevoir Brown-Séquard, ne fait guère état que de ses travaux neurologiques et y met en bonne place ses travaux sur l'épilepsie provoquée chez l'animal, « fait entièrement nouveau ».

Pourquoi faut-il qu'un destin ironique ait si longtemps attendu pour donner du fait nouveau une explication à laquelle nul ne pouvait songer ? L'impotence motrice de certains de ses membres entravant la défense de l'animal contre la pullulation de parasites cutanés, facteurs d'intoxication, semble enlever maintenant tout mystère à la production des crises convulsives, à leur transmission héréditaire ou non et aux variations selon les temps et les lieux (Pagniez et Plichet).

***

Notre époque s'attachera sans doute davantage à Brown-Séquard, précurseur en endocrinologie ; pour lui-même et pour ses contemporains il n'y eut là qu'un à-côté ; c'est pourtant en continuant le sillon qu'il a ouvert que physiologistes et médecins ont bien plus tard fait progresser l'endocrinologie.

C'est en 1856 que Brown-Séquard communique à l'Académie des Sciences ses observations sur l'animal privé de surrénales. Devant l'Académie de Médecine une discussion ultérieure avec Trousseau oppose surtout des conceptions du physiologiste à celles du médecin. Peu de mois avant, Addison avait décrit la maladie bronzée et vu le rôle de la surrénale ; après expérimentation animale. Brown-Séquard décrit les accidents rapidement mortels qui lui montrent la surrénale comme indispensable à la vie ; premier traitement endocrine : le sang d'un animal neuf est curatif ; il y aurait dans le sang de l'animal surrénalectomisé un poison puisque le sang d'un animal partiellement privé de ses glandes hâtait la mort d'un surrénalectomisé total. Trousseau apportait à une approbation d'ensemble le correctif de la présence dans le sang normal d'une sécrétion surrénale indispensable.

Huit mois de recherches avaient suffi à Brown-Séquard pour créer à une science nouvelle des bases que le temps n'a pas ébranlées et sur lesquelles, quarante ans plus tard, les nouveaux physiologistes de la surrénale ont trouvé un sûr appui.

Ni Brown-Séquard tout entier attaché à la neurologie ni ses contemporains ne présumèrent la valeur théorique et pratique de ces travaux ; le jugement équitable et l'application pratique étaient réservés aux générations à venir.

Dans le domaine pratique Brown-Séquard devait pourtant, en ses derniers jours, se montrer encore un précurseur. Malgré sa correspondance il est malaisé de discerner dans une auto-observation de rajeunissement l'objectif de l'imaginaire ; tout au plus peut-on aujourd'hui penser qu'à une technique encore rudimentaire ne peut correspondre de façon constante un succès bien mesurable ; et les enthousiasmes sans lendemain ne nous sauraient surprendre (1).

***

L'œuvre de M. Olmsted, riche de substance et clairement ordonnée peut réserver à chacun de ses lecteurs bien d'autres sujets de réflexion. Nous autres, Français, lui reconnaîtrons de plus le mérite d'une équité peu commune et d'une juste appréciation du rôle de la science française dans la formation et l'épanouissement d'un grand biologiste.

R. Levent.

(1) Cf. *Gaz Hôp.* 15 juillet 1946. Figures de savants français, une lettre inédite de Brown-Séquard.

CHRONIQUE

Comité de l'Empire français

Le 3 juin dernier, la Commission d'hygiène et de médecine coloniales s'est réunie sous la présidence de M. le professeur TANON, assisté du médecin général inspecteur VAUCEL, directeur du service de Santé au ministère de la France d'outre-mer et de M. GHEERBRANDT, directeur des affaires générales. . ... . .

M. le médecin général inspecteur MURAZ a fait une conférence d'un haut intérêt sur sa récente mission au Libéria et à la Côte d'Ivoire.

Cette mission répondait à une demande du président de la République du Libéria relative à l'étude de différentes questions intéressant la France et le Libéria. La plus importante concernait l'envoi de médecins français.

Le général Muraz, au cours de son exposé, a montré l'intérêt que présente cette question. Il a donné des détails sur les hôpitaux libériens. Enfin il a insisté sur le développement rapide de l'aménagement du Libéria grâce aux Américains. Le champ d'aviation de Robertsfield, le port de Robertsport, les routes reliant Monrovia à l'intérieur du pays sont aménagés avec une très grande rapidité par les ingénieurs américains. L'hygiène générale du pays en est heureusement influencée, ainsi que le général Muraz a pu le constater en ce qui concerne la maladie du sommeil.

Le général Muraz a fait ressortir une fois de plus le grand intérêt pour les deux pays d'entretenir d'étroites relations avec le Libéria.

F. L. S.

Le Conseil national de l'Ordre des Médecins en Alsace

Répondant à une invitation qui lui avait été faite par le Conseil régional de Strasbourg et par les Conseils départementaux du Haut-Rhin et du Bas-Rhin, le président du Conseil national, accompagné de M. S. Oberlin, membre du Conseil national et de M. J.-R. Debray, secrétaire général adjoint, s'est rendu en Alsace les 14 et 15 juin.

La délégation était complétée par M. Duhamel, de Colmar, vice-président du Conseil national.

A Colmar, le samedi 14 juin, de très nombreux médecins vinrent de tout le département du Haut-Rhin assister à une réunion particulièrement brillante. Y assistaient le préfet du Haut-Rhin, M. le professeur Rohmer, président du Conseil régional ; M. Fleurent, président du Conseil départemental du Haut-Rhin ; M. Feberey, secrétaire général ; M. Melchior, vice-président du Conseil départemental de la Moselle.

A Strasbourg le lendemain, le professeur Portes fut reçu à la préfecture par le préfet du Bas-Rhin, puis eut lieu, en présence du doyen Forster et de nombreuses personnalités de la Faculté de Strasbourg, une importante réunion qui groupait plus de cent cinquante médecins du Bas-Rhin, sous la présidence du professeur Rohmer, assisté de M. Spinnhirny, secrétaire général du Conseil départemental du Haut-Rhin.

A Colmar, puis à Strasbourg, le président exalta la belle attitude des médecins alsaciens pendant les jours d'épreuve, félicita les conseillers présents de leur labeur, puis exposa dans une atmosphère d'adhésion chaleureuse la mission et les grands principes de l'Ordre.

INTERETS PROFESSIONNELS

Le brevet supérieur ne peut remplacer le baccalauréat

Les lecteurs de la « Gazette des Hôpitaux » n'ont pas oublié les campagnes que j'ai menées dans ses colonnes, au nom de l'Association Corporative des Etudiants en médecine de Paris, en accord total avec les syndicats médicaux, pour défendre le baccalauréat et les études classiques.

Ils auraient été surpris si nous restions indifférents devant l'émotion soulevée par l'assimilation récente du B. S. au baccalauréat classique, en vue de l'accès à tous les grades de l'enseignement supérieur.

Certes, les sujets de préoccupations, à l'époque de confusion qui est la nôtre, ne manquent ni aux étudiants ni à leurs maîtres. Mais la décision prise ne peut manquer d'avoir une terrible répercussion sur le niveau des études médicales et sur l'avenir de notre profession. Une fois de plus nous voici donc amenés à défendre le baccalauréat classique, honnêtement préparé et honnêtement passé. Seul il est un témoin de la culture générale classique qui a fait jusqu'ici la grandeur de la médecine française et de notre civilisation.

Au cours des luttes menées jadis pour le bon combat, j'ai eu l'occasion d'approcher des hommes d'Etat clairvoyants et de grands Universitaires. Je ne rappellerai qu'un souvenir, celui du recteur Paul Appell. Il déclara, au cours d'une entrevue avec le bureau de la Confédération nationale des Etudiants : « Si nous ne défendons pas la culture générale menacée, dans trente ans, il en sera fait de la France. »

Paroles prophétiques qui ont failli être réalisées et qui doivent faire réfléchir ceux qui se jouent de nos destinées sur le forum.

Nous sommes en 1947 ; nous voyons que tous nos efforts passés, les luttes menées par Armbruster, Le Gorgeu, Cousin, Dentu, Maurice Sarraut, au Parlement, par Cibrie, Debierre, Tissier-Guy, Dévé, d'Ayrenx, Herpin, Hartenberg et moi-même dans les milieux médicaux et la presse, tous ces efforts sont perdus. On a pratiquement abrogé les lois de 1933 et 1935, les dispenses du baccalauréat qui étaient réservées à des sujets d'élite titulaires d'un doctorat ou d'une agrégation font la tache d'huile et s'étendent à des diplômes primaires.

En 1935, le référendum professoral se prononça à une très forte majorité pour le baccalauréat à base de latin, de latin-grec et même de français, estimant que bien comprendre, bien parler et bien écrire le français ne pouvait pas nuire à la médecine...

En 1936, le regretté Jean Zay, ancien prix du Concours général, frappé de notre longue campagne, décida **de combler le fossé** creusé entre les jeunesses des Ecoles normales et des lycées et collèges en obligeant l'élève-maître à aller au lycée conquérir le baccalauréat. C'était parfait, car le niveau culturel de ce dernier était haussé au niveau des secondaires.

En 1947, on fait le contraire et l'on pratique le nivellement **par en bas** en haussant le B. S. au rang du baccalauréat. Donc ni Cicéron, ni Lucrèce, ni Socrate, ni Lucien, ni Bossuet, ni Descartes n'appartiennent plus obligatoirement au bagage intellectuel du médecin ; cela, pas plus Ferry que Jaurès ne l'auraient toléré.

On va jusqu'à sous-estimer la culture scientifique proprement dite du lycéen et sa formation polyglotte pour proclamer l'égalité du B. S. et du baccalauréat.

Je m'arrête.

Aujourd'hui, le baccalauréat technique va avoir les mêmes prérogatives que les baccalauréats ès lettres et ès sciences. Tout cela est absurde.

La confusion continue à régner dans les esprits et dans les actes. Il faut sortir de ce chaos insoupçonné d'un Dieulafoy, d'un Sergent et d'un Marfan ! On s'y prépare.

Maurice MORDAGNE.

P.-S. — Le Dr Lafay, secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins et conseiller de la République, en accord avec le professeur Portes, s'est mis en rapport avec le Conseil d'Etat pour attaquer l'arrêté ministériel. Enfin la Confédération des Syndicats médicaux a repris cette question du brevet supérieur.

Brevet supérieur et inscription dans les Facultés de Médecine

Le Comité de coordination des Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins de la région parisienne écrit d'autre part :

« Dans notre circulaire n° 57 du 17 mars 1947, à propos de l'admission des titulaires du brevet supérieur dans les Facultés de médecine, nous nous demandions si le décret pris dans ce sens le 20 février 1947 par le ministre de l'Education nationale n'allait pas contre certaines dispositions législatives antérieures exigeant le baccalauréat de l'enseignement secondaire pour l'entrée dans les Facultés de médecine.

« Or, une étude juridique de M. Coulet, parue dans « Le Médecin de France » d'avril 1947 semble bien démontrer qu'il n'en est rien. Les conditions d'obtention des diplômes d'Etat et plus précisément du diplôme de docteur en médecine, ont toujours été fixées « par la voie réglementaire » et non par la voie législative.

« Si un simple règlement administratif — décret ministériel en la circonstance — non avalisé par le Parlement, peut en faire changer l'orientation et même la structure de toute une profession, il faut reconnaître qu'il y a là pour le Corps médical une situation dangereuse à laquelle il ne serait peut-être pas inutile de s'efforcer de remédier. »

Chambre syndicale des Médecins de la Seine. — Elections au Conseil d'administration de la Chambre syndicale. Ont été élus : MM. Lafay, Charry, Robert, Gérard Marchant, Mahoudeau, Chèvre, Jacquelin-Cluzeau, Drouet, Dirand, Faye, Rouèche, Bouteau, Brocard, Abeille, Baratoux, Adam, Copperie et de Fresquet.

Le nouveau bureau est ainsi composé : président : M. le Dr Rouèche ; vice-présidents : MM. les Drs Lafay, Vaslin, Drouet, Dupas ; secrétaire général : M. le Dr Charry ; secrétaires généraux adjoints : MM. les Drs Dirand, Robert, Jodin, Quivy ; trésorier : M. le Dr Poumailloux ; trésorier adjoint : M. le Dr Bouteau.

Nécrologie

— Du Dr Hontang, ancien interne des hôpitaux de Paris (1883), décédé à Paris à l'âge de 90 ans. Il était parent du Dr Pierre Richou, à qui nous adressons nos sincères condoléances.

— Méd. colonel Sambuc, des T. C., décédé à Dieulefit (Drôme), le 6 juin 1947.

Dépôt légal. — 1947. — trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VII°).

N° 27. — SAMEDI 5 JUILLET 1947 — 120e ANNEE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr
Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr.
Chèques Postaux Paris : 2538-76

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — Rédacteur en chef : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France .... *au lieu de* ....375 fr.	356 fr.
Un an : étudiant .... *au lieu de* ....200 fr.	190 »
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

4e concours de chirurgien des hôpitaux (une place)

Epreuve clinique. — MM. les Drs Barcat, 18 points ; Rouvillois, 20 ; Chevallier, 19 ; Monod, 20.

Concours de gynécologue-accoucheur (une place)

Lundi 16 juin 1947. — MM. les Drs Morin, 18 points ; Hanou, 15 ; Jamain, 17 ; Bidoire, 17 ; Bret, 17 ; Thoyer-Rozat, 17.
Epreuve de thérapeutique. — MM. les Drs Jamain, 17 points ; Morin, 19.
Epreuves de titres. — MM. les Drs Morin, 17 points ; Jamain, 18.
Classement des candidats. — MM. les Drs Morin, 90 points ; Jamain, 89.
M. le Dr Morin a été nommé gynécologue-accoucheur des hôpitaux de Paris.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Transfert. — M. Guy Laroche, professeur de thérapeutique, est transféré, à compter du 1er octobre 1947, dans la chaire de clinique médicale Broussais (dernier titulaire : M. Chabrol, transféré).

Facultés de province

Aix-Marseille. — M. Poinso, professeur titulaire de la chaire de clinique médicale thérapeutique, est transféré, à compter du 1er octobre 1947, dans la chaire de clinique médicale (dernier titulaire : M. Olmer, retraité).

Montpellier. — M. Boulet, professeur titulaire de la chaire de pathologie médicale et clinique propédeutique, est transféré, à compter du 1er octobre 1947, dans la chaire de clinique médicale (dernier titulaire : M. Louis Rimbaud, retraité).
M. Puech, professeur titulaire de la chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie, est transféré, à compter du 1er octobre 1947, dans la chaire de pathologie médicale et clinique propédeutique (dernier titulaire : M. Boulet, transféré).

Ecoles de Médecine

Grenoble. — M. Cabanac, professeur suppléant, est nommé, à compter du 1er juin 1947, professeur titulaire de la chaire de physiologie.

Limoges. — M. Vincent, professeur suppléant, est nommé, à compter du 1er juin 1947, professeur titulaire de la chaire d'anatomie.

Reims. — M. Adam, chargé de cours, est nommé, à compter du 1er juin 1947, professeur titulaire de la chaire d'obstétrique.

Académie de Médecine. — Dans sa séance du 1er juillet, l'Académie de Médecine a élu deux correspondants nationaux dans la IVe division (sciences biologiques).
Ont été élus : M. le médecin général de 1re classe Le Chuiton, directeur du service de Santé de la Marine et M. Jean Delmas, professeur d'anatomie à la Faculté de Montpellier.

Légion d'honneur. GUERRE

Pour services de guerre exceptionnels :
OFFICIER. — Méd. cap. Marcel Bouvier.
CHEVALIER. — Méd. comm. Pierre Rouquès.

SANTE PUBLIQUE

Code de déontologie médicale

Le J. O. du 28 juin publie le décret n° 47-1169 du 27 juin 1947 portant Code de déontologie médicale.
Cet important document, si longtemps attendu, remplit dix colonnes du J. O. Nous le publierons in extenso dans le prochain numéro.

Cabinet du Ministre. — MM. les Drs Trémolières, médecin assistant des hôpitaux de Paris et J.-R. Debray, précédemment chargés de mission, sont nommés conseillers techniques.

Suppression d'emplois. — Le J. O. du 26 juin publie le décret n° 47-1136 du 23 juin 1947 supprimant au ministère de la Santé publique et de la Population trois cent quarante emplois (contractuels, temporaires, auxiliaires).

SANTE PUBLIQUE

Avis de concours. — Un concours sur titres est ouvert pour le recrutement d'un médecin fonctionnaire à temps complet des dispensaires antituberculeux des Hautes-Pyrénées.
Pour tous renseignements, s'adresser au directeur départemental de la Santé, 5, rue Georges-Clemenceau, à Tarbes.

Avis de vacance. — Un poste de médecin directeur est actuellement vacant au Sanatorium Marie-Mercier, au Tronget (Allier). Les candidatures doivent être adressées dans un délai de trois semaines à compter de la publication du présent

avis (J. O., 27 juin 1947), au ministère de la Santé publique, Direction de l'administration générale du personnel et du budget, 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Avis de vacance. — Un poste de médecin directeur est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne). Les candidatures devront être adressées dans un délai de trois semaines à compter de la publication du présent avis au ministère de la Santé publique et de la Population, direction de l'administration générale du personnel et du budget, 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

EDUCATION NATIONALE

Docteurs « honoris causa » de l'Université de Bordeaux. — Lord Beveridge (Oxford), Lasky (Londres), Chani (Oxford), Judine (Moscou), Keilin (Cambridge).

TRAVAIL

Maladies d'origine professionnelle. — Le J. O. du 26 juin publie le décret n° 47-1137 du 23 juin 1947, maintenant provisoirement en vigueur les dispositions du décret du 16 octobre 1935 relatif à la déclaration médicale obligatoire des maladies d'origine professionnelle.

En voici le texte :

« Le président du Conseil des ministres,

« Sur le rapport du ministre du Travail et de la Sécurité sociale et du ministre de la Santé publique et de la Population,

« Vu le décret du 16 octobre 1935 relatif à la déclaration des maladies d'origine professionnelle ;

« Vu l'article 74 de la loi du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et, notamment, ses premier et deuxième alinéas ainsi conçus :

« En vue de l'extension et de la revision des tableaux, ainsi que la prévention des maladies professionnelles, est obligatoire pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, la déclaration de toute maladie ayant un caractère professionnel et comprise dans une liste établie, après avis de la commission d'hygiène industrielle par décret pris sur le rapport du ministre du Travail et de la Sécurité sociale et du ministre de la Santé publique ;

« Il doit également déclarer toute maladie non comprise dans ladite liste, mais qui présente à son avis un caractère professionnel,

« Décrète :

« Article premier. — A titre provisoire, les cas de maladies ayant un caractère professionnel que tout docteur en médecine doit déclarer aux termes de l'article 74, premier alinéa, de la loi du 30 octobre 1946 en vue de la prévention des maladies professionnelles et de l'extension ultérieure des tableaux des maladies présumées d'origine professionnelle sont ceux qui figurent dans la liste établie par le décret du 16 octobre 1935.

Art. 2. — Indépendamment des cas prévus par la liste visée à l'article premier du présent décret, le médecin doit déclarer toute maladie qui présente à son avis un caractère professionnel. »

CONGRES

Session des journées médico-sportives d'information du Comité national des sports

Strasbourg, 1er au 5 août 1947

La Société Médicale d'Education physique et Sports et la Commission médico-sportive nationale du Comité national des Sports organisent, sous la présidence d'honneur de M. le Directeur général de l'Education physique et des Sports, et de M. le Recteur de l'Université de Strasbourg, la IVe session des Journées Médicales qui se tiendra à Strasbourg (Faculté de Médecine), du 1er au 5 août 1947, sous la présidence de M. le professeur A. Basset, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris.

A l'occasion de ces journées, des excursions en Alsace, des visites d'organisation médico-sportives sont prévues. Des facilités seront données aux congressistes pour les billets de chemins de fer, les hôtels et restaurants.

Cotisation. — Membres titulaires qui recevront le volume des rapports : 300 francs. Membres associés : 150 francs. Les étudiants en médecine paieront la cotisation des membres associés (150 francs) et recevront le volume des rapports.

Prière de s'inscrire dès que possible auprès du trésorier du Comité national des Sports, 55, bd Haussmann, à Paris (8e), C. C. P. Paris, n° 3281-76.

Signalons au programme le vendredi 1er août, 18 heures : Séance d'ouverture, suivie du rapport sur la Séméiologie de la fatigue sportive, Dr H. Brandt, de Genève.

Samedi 2 août, à 9 heures : La fatigue dans le travail statique, Prof. Ch. Kaiser, de Strasbourg. — A 10 heures : Les épreuves fonctionnelles cardio-vasculaires dans la fatigue sportive au cours de l'entraînement, Dr G.-A. Richard, de Paris. — A 11 heures : Dr Govaert, de Bruxelles. — A 15 heures : Etude clinique et physiologique du sommeil chez les sportifs, Prof. agrégé J.-L. Parrot et M. Baquet. — A 16 heures : Action défatigante de l'oxygène au cours de l'effort sportif, Dr Bour, de Paris.

Les trois derniers jours seront consacrés aux manifestations sportives et aux excursions.

XXIes Journées Dentaires de Paris

(Anciennes Journées Dentaires

Ces Journées (anciennes Journées Dentaires franco-belges), auront lieu du 26 au 30 novembre 1947, dans les locaux de l'Ecole Odontotechnique de Paris, 5, rue Garancière (6e).

L'Association générale des Etudiants en médecine de Paris

Secrétariat : 6, rue Antoine-Dubois et 8, rue Dante, Paris, Odé. 60-60, fournit des remplaçants remplissant toutes les conditions légales sans aucune condition pécuniaire pour le médecin qui lui en fait la demande.

COURS

Les entretiens de l'hôpital Bichat

Une formule nouvelle : Cent entretiens pratiques, sans conférence, sans pertes de temps, sans prises de notes. C'est ainsi que vont se présenter les « Entretiens de Bichat », pour l'enseignement des actualités cliniques et thérapeutiques.

On sait que le praticien surmené, le médecin étranger qui fait en France un court séjour, l'étudiant qui va s'installer disposent souvent de trop peu de temps pour écouter de longues conférences ou pour les suivre toutes. Ils veulent être informés rapidement, sur un grand nombre de sujets, pouvoir poser des questions et recevoir des réponses compétentes. Aux Etats-Unis, on a trouvé à ce problème une solution élégante : on organise des « entretiens », véritables colloques pratiques de perfectionnement.

C'est ce que les professeurs Guy-Laroche et L. Justin-Besançon vont réaliser du 19 au 22 octobre prochain. Ils organisent à l'hôpital Bichat, avec une vaste équipe de collaborateurs, cent entretiens pratiques qui seront résumés en un livre classé comme un dictionnaire ; le livre paraîtra avant les entretiens, pour éviter aux auditeurs les prises de notes.

Conférence

La médecine en A. O. F. — Le cercle syndical d'études de la Chambre syndicale des médecins de la Seine annonce une conférence sur la MÉDECINE EN A. O. F., qui sera faite par M. le Dr Poumailloux, médecin des hôpitaux de Paris, le lundi 7 juillet prochain, à 21 heures, Salle des Congrès de la Confédération des Syndicats médicaux français, 60, boulevard de la Tour-Maubourg.

REVUE GÉNÉRALE

Les fistules ganglio-bronchiques de la primo-infection tuberculeuse chez l'enfant et l'adulte jeune [1]

Par Max Fourestier et Yves Le Boucher

Historique

Trois étapes marquent l'historique des fistules ganglio-bronchiques d'origine tuberculeuse :

Période anatomique ;

Période radiologique ;

Période bronchoscopique.

Leblond, dans sa thèse en 1824, décrit l'ouverture du ganglion caséeux dans les conduits aériens. Ensuite, Becker étudie l'anatomie pathologique de ces ganglions. Rillet et Barthez (1891) publient 27 observations personnelles relatant quinze fois la perforation dans la bronche gauche et douze fois dans la bronche droite. Otto Ebert (1908) réunit 86 cas de perforations ganglio-bronchiques. Simon, Wiedenhofer, Michael, Klaus et Wiese, Kanony, Fleischner, Hartung et Arnstein ont étudié ce problème chez l'adulte et le vieillard. Tous ces noms signent en quelque sorte la période anatomique : description des lésions, leur siège, leur fréquence, etc. Cette longue période s'étend de Laënnec à ces dernières années où les progrès de la radiologie permettent de soupçonner, du vivant du malade, un syndrome d'obstruction bronchique probablement compliqué de fistule ganglio-bronchique. A cette nouvelle étape dans le progrès diagnostique (grâce aussi à une meilleure compréhension de la séméiologie clinique bronchique) s'attachent en France les noms de A. Dufourt, Meunier-Kühn, J. Marie, A. Lemaire.

Certes l'endoscopie bronchique, surtout à l'étranger, avait permis, il y a déjà plus de vingt ans, le diagnostic visuel en quelque sorte des perforations ganglionnaires endo-bronchiques (Ch. Jackson). Mais il est certain que la diffusion actuelle de la bronchoscopie autorise à décrire un troisième chapitre à l'histoire de ces fistules trachéo-bronchiques d'origine tuberculeuse. Le diagnostic n'est plus soupçonné par l'examen clinique et les constatations radiologiques, il peut être très aisément affirmé et les observations s'accumulent.

La fréquence insoupçonnée jusqu'ici de ces fistules est précisée (A. Dufourt et Mounier-Kühn, J.-M. Lemoine) ; leur latence parfois absolue est démontrée (M. Fourestier) ; et cette question tenue jusqu'ici pour secondaire dans les cadres nosologiques classiques entre de plain-pied dans l'actualité médicale. En effet, la notion de rareté des fistules ganglio-bronchiques mérite d'être revisée. Hubschmann les croyait peu communes ; Kolcman n'en constatait que deux sur cent quatre-vingts autopsies d'enfants. Déjà Ghon admet 17 % de ruptures endobronchiques de ganglions caséeux chez des enfants morts de tuberculose infantile (vérifications d'autopsies). En 1943, Kutschcrenko rencontre cinq cas de fistulisation intra-bronchique de ganglions caséeux médiastinaux sur quinze autopsies.

Il est certain que beaucoup de fistules ganglio-bronchiques passent inaperçues parce qu'elles guérissent (A. Dufourt) ; la bronchoscopie systématique permet d'affirmer leur relative fréquence dans les premiers stades évolutifs de l'infection tuberculeuse chez l'enfant et l'adulte jeune (M. Fourestier).

Diagnostic d'autopsie, diagnostic clinique aidé de la radiologie, diagnostic de bronchoscopie, c'est là, schématiquement résumé, l'effort médical de tout un siècle pour aboutir à nos connaissances actuelles sur les fistules ganglio-bronchiques tuberculeuses.

Date, conditions d'apparition et durée des fistules ganglio-bronchiques

La date d'apparition de la fistule est très variable, parfois très précoce (A. Dufourt), à l'extrême début de la primo-infection, le plus souvent semi-précoce, en pleine évolution de l'intumescence ganglionnaire trachéo-bronchique primaire, parfois au-delà de la première année qui suit la contamination (A. Dufourt, Veraguth, Muller, J. Marie, Galy).

Dans les cas tardifs, très souvent l'accident est provoqué par une réactivation du processus tuberculeux sous l'influence d'un facteur non spécifique : affection pulmonaire banale, rougeole (A. Dufourt), scarlatine (Simon). En cas de réactivation non spécifique, la suppuration ganglionnaire n'est pas l'ouvrage du seul bacille tuberculeux ; l'adénite juxta-bronchique est mixte, et dans le pus on trouve, à côté des B. K. (parfois très rares), d'innombrables staphylocoques par exemple.

La durée d'évolution des fistules ganglio-bronchiques mérite d'être connue. Dans les formes graves, mortelles, c'est la durée de la maladie pulmonaire apparente qui signe le temps d'évolution. Le temps nécessaire à la cicatrisation, dans les formes de pronostic favorable, a pu être précisé dans quelques observations. Certaines fistules ont sûrement une existence éphémère qui se chiffre par quelques semaines, peut-être moins. En trois mois, dans l'observation de Fourestier et Lemoine, l'orifice fistuleux était cicatrisé. Dans une observation personnelle non encore publiée, plus d'un an après les premiers stades évolutifs cliniques, la fistule persistait. Il faut remarquer que dans les formes broncho-pulmonaires qui guérissent, la durée d'évolution des lésions d'ensemencement bronchiques ne traduit pas nécessairement la période d'écoulement fistuleux du pus ganglionnaire : la fistule peut être cicatrisée et les lésions pulmonaires évoluer pour leur propre compte.

Anatomie pathologique

a) *Le ganglion.* — Il n'y a pas de rapport entre l'importance de l'intumescence ganglionnaire et la fréquence des fistules. De très gros ganglions ne se fistulisent pas alors que l'on constate par bronchoscopie une ou plusieurs fistules pour des ganglions de volume modéré ou même uniquement décelables par l'examen tomographique. Le ganglion adhère intimement à la paroi bronchique, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un processus de périadénite qui immobilise la bronche.

Le contenu du ganglion est variable : caséum épais, riche en B. K., tissu anthracosique nécrosé stérile, du pus bien lié contenant de rares bacilles et riche par contre en streptocoques ou staphylocoques. Le contenu du ganglion se déverse progressivement dans la lumière bronchique ; il peut se vider brusquement et à sa place se constitue une caverne ganglionnaire visible sur un cliché radiographique (J. Marie, Starcke, Kutscherenko).

b) *La fistule* (1). — L'orifice fistuleux endobronchique est rarement considérable (cas de Sanson, véritable ulcère géant) ; le plus souvent, c'est une dépression de quelques millimètres de diamètre entourée d'une muqueuse épaisse, rouge, et de cet enfoncement muqueux sourd une goutte de pus ou du caséum épais. Parfois orifice punctiforme (Strukow, Fleischner, Fourestier et Lemoine). D'une façon générale, la petitesse de cet orifice fistuleux explique la facilité de sa cicatrisation et le fait que la fistule ganglio-bronchique peut passer inaperçue soit à l'examen anatomique, soit à une bronchoscopie trop rapidement effectuée.

Sur la localisation de ces fistules, les avis sont discordants.

---

[1] Le mot « fistule », dans notre travail, répond parfaitement à la définition classique : trajet congénital ou accidentel livrant passage à un liquide physiologique ou pathologique, et entretenu par l'écoulement même de ce liquide. Les fistules ganglio-bronchiques tuberculeuses ne représentent donc pas toutes les communications possibles entre le ganglion et la lumière de la bronche. Cette définition élimine par exemple les accidents de migration à travers la paroi bronchique des calcifications ganglionnaires, comme dans les observations rapportées récemment par R. Kourilsky, M. Fourestier, J.-M. Lemoine et Y. Le Boucher (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 21 février 1947) et celles de M. Villaret, Justin-Besançon, A. Aubin et P.-J. Paley (*Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 1944, p. 374).

(1) Notons que les ganglions médiastinaux caséifiés tuberculeux peuvent se fistuliser dans d'autres organes que dans les bronches ou la trachée : œsophage (Leblond, Berton), péricarde (Geissberger), gros vaisseaux (Ameuille et Fauvet, Barthez et Sanne, Janselme, etc.). On a signalé des fistulisations plurivisérales (Arnstein).

Elles sont assez rares dans la trachée. Les uns les disent plus fréquentes à gauche parce que la bronche souche gauche est plus longue que la bronche souche droite (Fleischner) ; les autres font des constatations inverses (Gadrat). Muller les situe surtout dans le lobe supérieur, exceptionnellement dans le lobe inférieur. Rossle les a signalées dans des bronches de troisième ordre.

Il faut retenir que la fistulisation est rare dans la trachée et qu'on l'observe le plus souvent dans les bronches souches et principales.

Séméiologie clinique, radiologique et bronchoscopique des fistules ganglio-bronchiques

C'est par une analyse séméiologique minutieuse, clinique et radiologique, qu'il sera possible de soupçonner la fistule ganglio-bronchique pour poser tout au moins l'indication de la bronchoscopie (surtout dans les formes de gravité moyenne et à plus forte raison dans les cas frustes), seule capable d'assurer formellement le diagnostic. Hormis les constatations endoscopiques, il n'existe pas de signes pathognomoniques. Mais il est possible parfois d'approcher de très près le diagnostic exact. Voilà pourquoi, avant de décrire les formes cliniques des fistules ganglio-bronchiques, il nous paraît utile de résumer et de schématiser les divers signes cliniques, radiologiques et bronchoscopiques qui pourront faire évoquer — dans un tableau symptomatique diffus au premier abord — le diagnostic d'une fistule ganglio-bronchique.

a) Le ganglion. — Cliniquement, il est responsable du stertor ou cornage, généralement expiratoire (Wheesing des Américains), de la toux essentiellement spasmodique, coqueluchoïde. La dyspnée est modérée ou fait défaut ; elle traduit surtout les lésions pulmonaires d'accompagnement, secondaires à la fistulisation ou concomitantes. Radiologiquement, la compression bronchique par le ganglion (quand elle existe) se traduit par les classiques troubles de la ventilation pulmonaire : opacité rétractée de siège variable, partielle ou totale (Eliasberg et Newland, Kanony), emphysème obstructif (Debré, Cathala, Marquézy, etc.), balancement inspiratoire médiastinal (Levrat, Galy et Martin). La compression ou l'irritation bronchique par la périadénite suppurée se traduit à l'examen bronchoscopique par la rigidité bronchique, des déviations, des refoulements pariétaux, un rétrécissement extrinsèque, l'œdème de la muqueuse.

b) La fistule. — La séméiologie clinique est pauvre : reprise de la température, modification de la toux, dyspnée, crises de suffocation (inondation bronchique importante ?). Plus caractéristique serait l'examen des expectorations émises spontanément ou recueillies par tubage gastrique : amas de B. K. apparus soudainement dans le cours évolutif d'une primo-infection ; parfois expectoration bacillifère intermittente en contraste avec l'intégrité radiologique du parenchyme.

L'obstruction bronchique par du pus épais s'écoulant de la fistule peut donner sur un film une plage étendue d'opacité rétractile ; exceptionnellement, une image claire d'emphysème obstructif. Surtout, l'embolie bronchique du pus ganglionnaire aspiré en amont par le courant d'air respiratoire ou projeté en aval, lors des secousses de toux, peut se traduire par des signes radiologiques, peu connus encore (et sur lesquels tout récemment A. Dufour et Mounier-Khün viennent d'insister), qui rappellent à s'y méprendre les plus banales images de tuberculose commune du type broncho-pneumonique : infiltrats plus ou moins marqués, semis de noyaux simulant une miliaire à gros grains, taches floues isolées ou agminées, parfois « brouillards » plus ou moins denses...

Le siège de ces lésions (partie moyenne des champs, région sous-hilaire), qui respectent les sommets, leur « filtration radiologique » avec les bronches principales (que l'on précise sur de bonnes tomographies coupant l'axe trachéo-bronchique : ces lésions radiologiques ont une « assise » hilaire), leur apparition brutale et leur morphologie d'emblée maxima sont quelques-unes de leurs caractéristiques. Les difficultés diagnostiques sont extrêmes avec des lésions de tuberculose pulmonaire banale, et il est certain que beaucoup de ces images, en l'absence d'examen bronchoscopique, ont jusqu'ici été méconnues. Il est évident que devant une telle image, c'est l'endoscopie bronchique seule qui peut affirmer la réalité de la fistule ganglio-bronchique. Orientée à droite ou à gauche par la lecture du film, la bronchoscopie permettra de découvrir le petit pertuis fistuleux parfois caché dans un repli de la muqueuse. Il occupe généralement le centre d'une zone rouge de muqueuse remaniée. Un tel pertuis peut siéger près d'une sténose que le tube ne franchit pas, mais à travers laquelle l'optique pourra « descendre ». C'est sous une « flaque de caséum », après aspiration, que l'on aperçoit l'orifice bronchique de la fistule. En appuyant avec le bec du bronchoscope sur la paroi bronchique avoisinante, on peut faire sourdre des gouttes de pus qui tombent une à une dans la lumière bronchique. Cet orifice fistuleux, en principe, n'a rien de commun avec une ulcération tuberculeuse. Mais la muqueuse alentour peut être très modifiée et les difficultés diagnostiques sont parfois réelles.

Formes cliniques des fistules ganglio-bronchiques

A. — *Formes suffocantes, graves ou mortelles :*

Les formes suffocantes étaient les seules connues autrefois (découvertes d'autopsie) ; ce sont celles des enfants qui asphyxient :

1° Soit subitement, sans aucun prodrome, en quelques minutes (Simon, Halipre, Velker, Coupland et Parker, Gaudioni).

2° Soit après cyanose installée plus ou moins rapidement avec tirage sus et sous-sternal et bruit de tempête dans les deux poumons. Ces enfants sont amenés par erreur dans des services de diphtérie et meurent malgré tubage et trachéotomie (obs. de Myat, Rizzi, Enrico Dina, Osorio et Woringer). C'est une bronchoscopie et non une trachéotomie qu'il faudrait pratiquer, puisque Enrico-Dina cite une observation d'un enfant de 5 ans qui guérit malgré l'erreur diagnostique et thérapeutique après expulsion par la canule de masses caséeuses importantes. Priessel, par bronchoscopie, put extraire un volumineux caséum et évita la mort par asphyxie ; certes, l'enfant mourut plus tard de tuberculose, mais l'autopsie permit de vérifier la réalité d'un bouchon caséeux ayant obstrué la trachée. Pann fit de même chez 3 enfants et put évacuer le caséum endobronchique d'origine ganglionnaire ; ses malades menacés de mort par asphyxie guérirent. Le produit caséeux passé par effraction du ganglion dans la lumière bronchique ou trachéale agit comme un corps étranger. La pathogénie est simple et on doit souhaiter, maintenant que la bronchoscopie est devenue un moyen d'exploration banal en pneumologie, que, chez l'enfant, tout accès de suffocation qui s'annonce grave, surtout si la primo-infection tuberculeuse est cliniquement et radiologiquement certaine, soit vérifié par l'endoscopie bronchique même d'urgence. Peut-être aurons-nous la chance de sauver ainsi quelques jeunes malades, sans cette exploration irrémédiablement perdus.

B. — *Formes broncho-pulmonaires aiguës ou subaiguës :*

Ces formes, radiologiquement graves, furent identifiées par la radiologie aidée des constatations nécropsiques ou bronchoscopiques. Par la fistule, sans être la cause de phénomènes asphyxiques graves, le plus souvent à bas bruit, le contenu ganglionnaire se déverse dans la bronche, et, soit en amont, soit en aval, aidé par le courant d'air respiratoire ou les secousses de toux, ensemence un territoire pulmonaire plus ou moins important ; l'embol caséeux va créer des lésions alvéolaires qui évolueront pour leur propre compte. On peut décrire :

1° *Des formes à ensemencement pulmonaire massif* à type de pseudo-pneumonie caséeuse (Velasco-Michael) ;

2° *Des formes à ensemencement macro-nodulaire* à type de broncho-pneumonie banale (A. Dufourt);

3° *Des formes à type d'obstruction bronchique*, qui, elles, donnent doublement le change, car d'une part elles peuvent simuler un ensemencement parenchymateux massif (alors qu'il ne s'agit que d'une atélectasie) ; d'autre part, on pense à une compression imputée au seul ganglion, alors qu'en réalité c'est le pus ganglionnaire, le caséum, qui obstrue.

Ces formes sont graves non seulement radiologiquement, mais aussi par l'atteinte de l'état général, parce qu'elles sont le fait de primo-infections sévères et parce que les lésions d'embolie bronchique peuvent coexister avec celles de la tuberculose pulmonaire la plus banale (1) ; elles sont graves enfin parce que

(1) Par exemple, atélectasie associée à une broncho-pneumonie (Rossle), emphysème obstructif associé à une broncho-pneumonie (J. Marie), ou atélectasie concomitante de foyers congestifs (A. Dufourt).

le diagnostic est très difficile et qu'en l'absence de traitement endobronchique, le pus ganglionnaire continue à se déverser dans le circuit bronchique, ensemençant de nouveaux territoires pulmonaires.

Les erreurs de diagnostic les plus couramment commises sont : tuberculose primo-tertiaire, épituberculose, foyers miliaires broncho-pneumoniques, etc. Jusqu'à la bronchoscopie, certes, le diagnostic ne peut être affirmé, mais il est possible de poser l'indication de l'endoscopie bronchique sur les particularités cliniques et séméiologiques suivantes dans le cours évolutif d'une primo-infection (1) :

— Accès de suffocation plus ou moins intense avec cyanose et tirage sus et sous-sternal ;

— Fièvre quinteuse, bitonale, rauque ;

— Dyspnée anormale, contrastant avec les signes radiologiques ;

— Importance à l'auscultation des signes bronchiques ;

— Expectoration bacillifère intermittente contrastant avec l'étendue des signes radiologiques ;

— La coexistence de ganglions juxta-bronchiques (vérifiés par tomographie) et de lésions apparemment banales de tuberculose pulmonaire ;

— Siège des lésions pulmonaires (souvent nodulaires) aux régions moyennes et basales des deux champs, les sommets étant respectés ;

— Filiation radiologique entre les lésions pulmonaires et les ganglions hilaires. (Ces derniers peuvent être radiologiquement plus ou moins évidents, parfois simple gangue péribronchique visible sur les coupes tomographiques).

Il faut retenir que les fistules ganglio-bronchiques sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'a dit jusqu'ici, et au moindre doute il faut vérifier par bronchoscopie l'intégrité bronchique (2).

Le pronostic des formes broncho-pulmonaires radiologiquement graves est sérieux ; il n'est pas nécessairement fatal. Beaucoup avant l'ère bronchoscopique ont été méconnues et, sous l'appellation de tuberculose pulmonaire commune, ont néanmoins guéri avec ou sans collapsothérapie.

C. — *Formes frustes.*

Les formes frustes sont identifiées depuis la multiplication des examens bronchoscopiques. Le diagnostic radio-clinique est possible et l'évolution entièrement bénigne a pu être démontrée. On est mis sur la voie du diagnostic lorsque, au cours d'une primo-infection tuberculeuse, en même temps que sont notés les troubles radiologiques de la ventilation pulmonaire (atélectasie, emphysème obstructif, balancement médiastinal), les signes suivants cliniques ou radiologiques peuvent être précisés :

— Une reprise de la température ;

— Une dyspnée à prédominance inspiratoire;

— Une toux quinteuse, fréquente, en accès;

— Des sifflements (asthmatoïd wheese de Ch. Jackson) ;

— Une expectoration de caséum bacillifère ;

— Une adénopathie juxta-bronchique tomographiquement évidente (parfois, mais exceptionnellement, une caverne ganglionnaire par remplissage gazeux) [J. Marie, Starke.]

Devant ce tableau radio-clinique assez évocateur et dans lequel il faut souligner l'importance séméiologique considérable du Wheesing parfois perçu à distance par l'entourage (3), que l'image radiologique (outre les troubles de la ventilation pulmonaire) soit normale ou fasse découvrir un discret essaimage parenchymateux (du type nodulaire non aggminé, en filiation avec le ganglion hilaire, etc.), il faut soupçonner non seulement la compression bronchique par le ganglion, mais prévoir une fistule ganglio-bronchique, qui évidemment ne pourra être affirmée que par la bronchoscopie, ici aussi le temps ultime de l'examen.

Très fréquemment, on ne note dans ces formes aucun ensemencement pulmonaire. Arstein a trouvé, à l'autopsie, des ganglions ouverts dans les bronches et entièrement vides de leur contenu qui avait dû être complètement expectoré ou dégluti, car il n'y avait pas trace de lésion pulmonaire de dissémination bronchique. Oscar Wieser, Ranke, Simon ont signalé la latence de ces épisodes qui demeurent généralement méconnus.

D. — *Formes latentes.*

La forme latente de la fistulisation ganglio-bronchique n'a pu être prouvée du vivant des malades que par les examens bronchoscopiques systématiques. Ce sont effet des formes vraiment muettes cliniquement et radiologiquement. Le simple virage de la cuti affirme — malgré un état de santé excellent — la notion de primo-tuberculisation récente ; l'image radiologique est pratiquement normale si ce n'est une vague ombre médiastinale qui indique une minime intumescence ganglionnaire. Le jeune malade ne tousse, ni ne crache ; l'auscultation ne révèle rien ; souvent l'état de santé est floride. Seule la bronchoscopie pratiquée de façon systématique révèle de telles fistules (M. Fourestier, J.-M. Lemoine, A. Piton et A. Ancelin).

De telles constatations sont intéressantes d'un point de vue doctrinal. Elles font supposer avec beaucoup de vraisemblance que nombre de fistules ganglio-bronchiques chez l'enfant et l'adulte jeune récemment tuberculisés doivent passer inaperçues.

Pronostic des fistules ganglio-bronchiques

Il est classique d'évaluer le pronostic des fistules ganglio-bronchiques par rapport à la qualité des lésions (la fistule) et à l'importance des phénomènes d'accompagnement (cliniques et radiologiques). Il est certain qu'une fistule large, greffée sur une primo-infection sévère, sera d'un pronostic plus grave qu'une fistule punctiforme éjaculant de rares gouttes d'un pus paucibacillaire ou abacillaire et greffée sur une primo-infection d'expression clinique minime.

Schématiquement, les formes suffocantes sont presque toujours mortelles, les formes broncho-pulmonaires massives sont graves, les formes frustes de pronostic souvent bénin, les formes latentes toujours bénignes.

Mais il nous paraît plus intéressant de considérer l'évolution de la notion du pronostic de ces fistules en fonction de leur étude historique. Jusqu'à ces dernières années, le pronostic était tenu pour très grave. Pour Betke (1913), l'ouverture des ganglions caséeux dans les bronches est la plus grave des fistulisations tuberculeuses viscérales médiastinales. Galy (1941), Mlle Wolfrom (1942) soutiennent la même opinion. Villaret (1944), Gadrat (1945), donnent une note plus optimiste. Enfin, tout récemment, A. Dufourt et Mounier-Kühn, Fourestier et Lemoine (1946-1947), signalent la fréquence méconnue des fistules ganglio-bronchiques et leur évolution relativement bénigne. C'est que, en effet, cette question a été entièrement bouleversée par la pratique de plus en plus répandue des examens bronchoscopiques. Certes ne peuvent être niés les cas où la fistule est très importante, ou l'embolie bronchique est massive, la primo-infection sévère, le terrain sans résistance, et on observera toujours les formes suffocantes, asphyxiantes, classiques, les premières connues, de pronostic toujours grave.

Mais même dans ces formes graves, une bronchoscopie d'urgence pourra parer aux accidents d'asphyxie immédiats, en permettant d'aspirer le caséum qui obstrue massivement trachée et bronches, et ces formes classiquement toujours mortelles deviendront des formes graves.

Les formes broncho-pulmonaires elles-mêmes seront moins observées si, par bronchoscopie suffisamment précoce, la dissémination pulmonaire, par embolies massives et répétées, est évitée.

Les formes frustes et latentes sont de pronostic bénin. Or leur nombre doit logiquement aller en s'accroissant du fait de la multiplication des examens bronchoscopiques.

Au demeurant, à l'inverse des constatations classiques, contrairement à l'opinion historique, dans les années à venir nous pensons qu'on pourra soutenir que les fistules ganglio-bronchiques sont d'un pronostic relativement bénin.

(1) Certes la tuberculose tertiaire s'accompagne plus fréquemment qu'il n'est classique de le dire d'adénopathies médiastinales. Mais les ganglions tertiaires se fistulisent rarement dans les bronches.

(2) La bronchoscopie est absolument sans danger chez les tuberculeux, pourvu que la technique soit irréprochable. Voir : M. Fourestier, Y. Le Boucher et P. Rameix : « Facilité du diagnostic bactériologique des lésions pulmonaires tuberculeuses soi-disant fermées après aspiration endobronchique. (*Soc. d'Et. Sc. sur la Tub.*, séance du 15 mars 1947.)

(3) Le wheesing des Américains n'est autre que le cornage respiratoire signalé dès 1903 par Guinon et Variot, et le sifflement expiratoire de l'asthme de Marfan.

Diagnostic des fistules ganglio-bronchiques

Schématiquement, le diagnostic se discute ainsi :

1° Dans les formes suffocantes, c'est le diagnostic de toutes les asphyxies aiguës que la notion de primo-infection récente soit précisée ou non.

2° Dans les formes broncho-pulmonaires radiologiquement graves, c'est tout le diagnostic des lésions radiologiques de la tuberculose commune qui se pose. Le diagnostic de tuberculose est évident, celui notamment d'une tuberculose pulmonaire post-primaire. Il faut savoir « penser » actuellement à la fistulisation ganglionnaire endobronchique, maintenant que la notion de fréquence relative des fistules ganglio-bronchiques s'impose de plus en plus en phtisiologie. Nous avons noté précédemment les petits signes cliniques et radiologiques qui peuvent indiquer l'examen bronchoscopique, seul capable d'assurer un diagnostic formel.

3° Dans les formes frustes, après le stade diagnostique de compression bronchique par l'intumescence ganglionnaire, ce sera à la bronchoscopie de préciser davantage le diagnostic. Donc d'abord reconnaître la localisation médiastinale juxta-trachéo-bronchique de la primo-infection, puis, par l'endoscopie bronchique, affirmer la fistulisation ganglio-bronchique.

4° La découverte des formes latentes est uniquement un diagnostic de bronchoscopie systématique au cours de la primo-tuberculisation de l'enfant ou de l'adulte jeune.

Traitement des fistules ganglio-bronchiques

1. — *Formes suffocantes, graves et mortelles.*

Si on en croit les observations d'Enrico Dina, d'Osario et Woringer, de Priessel, l'aspiration du caséum ganglionnaire obstruant trachée et bronches aurait à son actif quelques succès tout au moins transitoires. C'est un traitement d'urgence. En France, aucun succès de ce genre n'a été signalé. Il faut que les médecins pédiatres connaissent cette possibilité thérapeutique. Il faut admettre néanmoins la gravité pronostique extrême de ces formes, et malgré quelques succès partiels, l'insuffisance de nos moyens thérapeutiques.

2. — *Formes broncho-pulmonaires radiologiquement graves.*

L'essentiel est de reconnaître ces formes derrière un tableau de tuberculose pulmonaire commune. Une fois le diagnostic posé, le traitement est double : d'une part, traitement de la fistule proprement dite par des broncho-aspirations répétées suivies d'attouchements à l'adrénaline jusqu'à la cicatrisation; d'autre part, traitement des lésions pulmonaires d'ensemencement. Etant donné la pathogénie de ces lésions, la collapsothérapie ne se pose pas formellement. On peut attendre, mais à la moindre tendance évolutive et extensive des foyers pulmonaires emboliques, le pneumothorax doit être réalisé.

3 — *Formes frustes.*

Le traitement sera uniquement bronchoscopique : aspiration détersive de l'orifice bronchique de la fistule, attouchement à l'adrénaline au millième.

4. — *Formes latentes.*

La guérison spontanée aidée par la cure hygiéno-diététique (repos, suralimentation lactée, vitaminothérapie D à doses massives) doit être l'évolution la plus couramment observée. Mais l'absence de documents encore en nombre suffisant interdit toute conclusion formelle. La bronchoscopie sera uniquement de surveillance.

Conception actuelle du problème des fistules ganglio-bronchiques : considérations doctrinales et déductions pratiques

1° Les fistules ganglio-bronchiques de la primo-infection constituent, contrairement à l'opinion classique, un chapitre assez important de la pathologie broncho-pulmonaire tuberculeuse. Jusqu'ici elles paraissaient être d'un intérêt tout relatif parce qu'indiagnosticables et d'évolution toujours grave et mortelle. Mais une meilleure analyse séméiologique, des examens radiologiques plus précis (en particulier les coupes tomographiques), et surtout la bronchoscopie, ont montré que :

— La fréquence de ces fistules est beaucoup moins rare qu'on ne le pensait ;

— Le diagnostic de fistulisation peut être non seulement évoqué, mais posé et vérifié ;

— Le pronostic n'est pas toujours fatal, mais très souvent bénin.

2° N'étaient connues jusqu'ici que les formes suffocantes (ou asphyxiques), les formes broncho-pulmonaires aiguës ou subaiguës et les formes frustes. Or, il est indiscutable qu'il faut décrire une forme latente de la fistule ganglio-bronchique qui ne se traduit par aucun symptôme ni clinique, ni radiologique, et que seule la pratique de la bronchoscopie systématique permet de découvrir.

3° L'existence démontrée de fistules latentes découvertes par examen bronchoscopique systématique fournit quelques précisions intéressantes sur ce problème toujours d'actualité : le complexe primaire se comporte-t-il comme un foyer tuberculeux ouvert ou fermé ? Or, la fistulisation dans les bronches d'un ganglion caséeux fait du complexe primaire un foyer tuberculeux ouvert. S'il est certain qu'il existe des primo-infectés qui émettent des B. K. provenant d'une ulcération parenchymateuse (tuberculose primo-secondaire dont les foyers de Simon sont la signature notamment), il n'en existe pas moins des fistules latentes soit spontanément, soit à l'occasion d'un réveil évolutif non spécifique (rougeole, coqueluche), dans lesquelles le ganglion caséifié est le seul responsable de l'émission bacillaire.

Il existe néanmoins des formes absolument latentes et dont les examens bactériologiques avant et pendant la bronchoscopie ne révèlent pas de B. K. (Fourestier et Lemoine).

4° Ces constatations sont riches de déductions doctrinales et pratiques :

a) Considérations doctrinales. — On comprend que l'on doive dans certains cas *rattacher le foyer pulmonaire d'accompagnement du complexe primaire non à un stade secondaire de dissémination hématogène, mais à l'embolie bronchique par aspiration du pus* s'écoulant de la fistule, d'une part. D'autre part, l'expectoration bacillaire de la primo-infection peut provenir peut-être beaucoup plus fréquemment qu'on ne le dit du foyer ganglionnaire lui-même ouvert dans les bronches, sans qu'intervienne le foyer parenchymateux (qu'il soit du type de l'infiltrat secondaire, ou dû à l'ensemencement broncho-alvéolaire).

b) Considérations pratiques. — Si véritablement ces fistules ganglio-bronchiques latentes s'avèrent plus fréquentes (et la multiplication des examens bronchoscopiques dans la primo-infection tuberculeuse nous renseignera sur ce point dans les années à venir), il semble, en révisant le problème de la non-contagiosité des premiers stades évolutifs de la tuberculose, *que l'on doive être plus sévère sur les conditions d'admission dans un établissement de cure préventoriale*, où, en principe, ne doivent être admis que les sujets porteurs de lésions cicatricielles ou fermées.

Certes, on ne peut exiger une bronchoscopie systématique dans chaque cas de primo-infection avant l'admission en préventorium ; mais il convient de répéter très fréquemment avant et pendant le séjour préventorial les tubages gastriques et les examens des selles, afin de réduire au minimum les chances d'introduire dans un lieu en principe à l'abri de toute contamination (le préventorium) une source méconnue de surinfection possible.

BIBLIOGRAPHIE

Dufourt A., Mounier-Kuhn P., Fraisse P. et Paviot J.-J. Sur quelques observations de fistulisation endobronchique de ganglions au cours de la primo-infection. (*Journal Médical de Lyon*, 20 déc. 1946, n° 647, p. 861 à 866.)

Fourestier M., Lemoine J.-M., Piton A. et Angelin A. Fistule ganglio-bronchique latente découverte par bronchoscopie systématique dans un cas de primo-infection banale. (*Revue de la Tuberculose*, T. 10, nos 9, et 10, 1946, p. 605).

Gadrat. A propos des adénopathies trachéo-bronchiques. (*Thèse Paris*, 1946.)

Lemaire A., Ledoux-Lebard G., Paley P.-Y. et Poulet J. Fistulisation bronchique d'une adénopathie caséeuse avec compression bronchique. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 21 février 1944, p. 36.)

Le Boucher Y. Les formes cliniques des fistules ganglio-bronchiques de la primo-infection tuberculeuse de l'enfant et de l'adulte jeune. (*Thèse Paris*, 1947.)

Marie J., Seringe Ph. et Umbdenstock R. Emphysème obstructif du poumon gauche par fistulisation d'une adénopathie caséeuse dans la bronche souche gauche. (*Presse Médicale*, 1943, p. 679.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 23 JUIN 1947

Action expérimentale exercée sur les centres nerveux par la toxine neurotrope du bacille typhique. — M. H. VINCENT présente la note suivante :

« Normalement associée chez les typhoïdiques à l' « entérotoxine » (que j'ai fait connaître en 1903 et en 1915) ainsi que dans les conditions spéciales de culture que j'ai également décrites, la « neurotoxine » sécrétée par le bacille typhique se fixe électivement dans les centres cérébraux, donnant lieu aux symptômes nerveux caractéristiques de la maladie. Bien que de nature ultra-labile, elle exerce ses effets d'une manière prolongée en raison de sa sécrétion continue chez les typhoïdiques. Elle ne donne pas lieu à la lésion des cellules cérébrales. Celle-ci ne se produit que dans le cas de complication, en particulier d'association microbienne ou d'infection secondaire.

« Injectée sous la dure-mère du lapin, du cobaye ou du chien, la neurotoxine provoque une phase initiale d'excitation (tremblements, soubresauts, fugue, cris) suivie de stupeur progressive et bientôt totale. Mort après quelques heures. Le chien meurt plus tardivement.

« 2° Si on broie ensemble la toxine et un fragment de cerveau normal, le mélange injecté sous la peau ou dans le péritoine a perdu ses propriétés pathogènes, la toxine s'étant fixée sur le tissu cérébral, adsorbée par lui. L'injection à l'animal de la toxine ainsi traitée et inactivée n'est suivie d'aucun effet.

« 3° La vaccination intensive de l'animal par injection répétée de bacille typhique en culture jeune et atoxique, ne protège en rien les animaux de laboratoire contre l'injection ultérieure de la neurotoxine sous la peau, dans le péritoine ou dans la veine. Ils meurent dans la stupeur complète, comme les animaux non vaccinés. Le bacille typhique n'agit donc, chez les malades, que par les toxines qu'il sécrète.

« Ces expériences établissent l'affinité élective de la toxine neurotrope pour le cerveau. Elle apportent la confirmation de la pathogénie de la fièvre typhoïde et de sa nature essentiellement toxique. Je rappellerai que l'entérotoxine agit à son tour également, en l'absence des bacilles, sur l'intestin, les plaques de Peyer, les viscères abdominaux, etc., ainsi que je l'ai signalé autrefois, notamment en 1903 et en 1915. La fièvre typhoïde se rattache, en conséquence, au groupe des maladies d'intoxication telles que la diphtérie ou le tétanos. »

Le déterminisme de la réaction inflammatoire dans les plaies aseptiques. Rôle principal des hématies. — MM. P. BROCQ et Th. STEPHANOPOLI. — Note présentée par M. LAUBRY. — La réaction inflammatoire des tissus cellulaires ne se conçoit pas sans une élévation locale de température, elle est étroitement en rapport avec la circulation sanguine. Les auteurs démontent que ce phénomène thermique est déterminé non par une prolifération microbienne comme on l'admet généralement, mais par un réveil des fermentations nutritives où les globules rouges du sang circulant jouent le rôle inattendu de *matières de réserve*.

Ils saupoudrent une plaie post-opératoire d'hématies isolées et conservées à l'état de dessication et ils constatent une intense reprise du métabolisme cellulaire. Le fait dominant est la phagocytose de ces globules sanguins par les macrophages des tissus, qui se multiplient et engendrent des diastases nouvelles. L'acidification du milieu atteste l'intensité des fermentations nutritives : elle inhibe toute suppuration.

Se ralliant à la pensée de Claude Bernard, qui attribuait une place prépondérante aux matières de réserve et propres à l'espèce dans les processus créateurs d'énergie, ils considèrent que les globules rouges se montrent le plus nécessaires à ces opérations de la vie autrement que par leur apport d'oxygène. Ils constituent eux-mêmes la matière fermentescible ou de réserve, qui sera capable, selon la formule de Pasteur, de dégager de la chaleur par sa décomposition.

La désintégration exothermique des hématies s'avère à la base du processus inflammatoire et s'accomplit par l'incitation à la phagocytose.

Elections. — M. Ccil Henry DESCH (de Londres) est élu correspondant étranger dans la section de chimie.

MM. Gaston DELÉPINE (de Lille) et Pierre PRUVOST (de Lille) sont élus correspondants dans la section de minéralogie.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

SÉANCE DU 24 JUIN 1947

Rapport au nom de la Commission de la constatation médicale des décès. — M. LEROUX.

A propos du traitement chirurgical des affections congénitales du cœur. — M. LAUBRY. — Voici dix ans, Paul White écrivait que pour les malformations congénitales du cœur il n'y avait aucun traitement médical ni chirurgical. Actuellement la ligature du canal artériel a droit de cité en Angleterre, en Suède et aux Etats-Unis ; dans certains pays d'Amérique latine on opère la sténose de l'isthme aortique ; enfin Blalock et Tassig s'attaquant à la tétrade de Fallot ont eu, sur 400 opérés, 90 % d'améliorations ou de guérisons avec moins de 10 % de mortalité. Les chirurgiens français qui, à bon droit, sont impatients de s'engager à leur tour dans cette nouvelle voie, doivent pourtant ne pas oublier qu'il y a péril à compter sur une virtuosité opératoire qui ne leur est pas déniée, mais ne saurait s'exercer isolément. La pratique américaine montre la nécessité d'une éducation physiologique impeccable (l'apprentissage de certains chirurgiens a nécessité plusieurs milliers d'animaux). Blalock a travaillé expérimentalement pendant quatre ans avant d'essayer sa technique et depuis il l'améliore tous les jours.

La création, toujours différée, d'un Institut de Chirurgie expérimentale est donc une nécessité urgente. Il faut aussi que s'établisse la coopération intime, pour la connaissance des indications et les résolutions pratiques, du chirurgien et du cardiologue. Les précautions préopératoires (anesthésie en particulier) et post-opératoires sont des éléments indispensables au succès ; la technique opératoire, si délicate qu'elle soit, sera très vite assimilée par le chirurgien même.

L'existence de 3.000 à 5.000 cardiaques congénitaux en France montre l'importance du problème chirurgical et social.

Une commission nommée par l'Académie aurait donc une tâche digne d'elle en élaborant un vœu relatif à la création de services spécialisés pour la cure chirurgicale des cardiopathies congénitales.

Discussion : M. LERICHE qui depuis quatre ans dans son laboratoire du Collège de France s'applique à l'étude expérimentale de la chirurgie, insiste sur la nécessité d'un département expérimental très important dans l'institut à créer. Il souligne que le procédé de Blalock, si précieux qu'il soit en pratique, n'est que la création intentionnelle d'une sorte d'anévrysme artério-veineux, configuration anatomique qui, en d'autres circonstances, n'est pas dépourvue d'inconvénients. Un certain recul est nécessaire pour juger les effets éloignés sur les tissus en général et sur certains appareils en particulier de ces techniques audacieuses.

Tout en s'associant à ces réserves, M. LAUBRY fait remarquer que l'avenir de tels malades est si sombre qu'un simple sursis est à lui-seul un gain appréciable.

Une commission est nommée pour l'étude du vœu préconisé par M. LAUBRY.

Etude de l'activité antibiotique « in vitro » de la pénicilline sur les bactéries acido-résistantes cultivées en milieux glycérinés lipidolytiques. — MM. SARTORY, MAYER et LANGE.

Intoxications alimentaires d'origine carnée observées dans la région parisienne de 1942 à 1947. — M. NEVOT. — Plus de 10.000 intoxiqués ont présenté une cinquantaine de types différents d'intoxication. Il s'agit en général d'intoxication pure, et non d'infection ou de toxi-infection. La flore rencontrée très variée n'appartient pas au genre Salmonella ; elle agit en produisant dans l'aliment des acides aminés toxiques et non par sa présence ou ses sécrétions supposées. L'infection si elle s'ajoute à l'intoxication est selon les cas exogène, alimentaire ou endogène, intestinale.

Les dangers des films médico-chirurgicaux. — MM. Redslob et Sédan rapportent divers cas témoignant de l'influence néfaste de certains films médico-chirurgicaux sur le moral et le comportement des malades.

L'Académie émet le vœu que soit, pour de tels films, obligatoirement consultée une censure médicale, seule capable de bien juger de la valeur et des répercussions du scénario.

Election. — M. André Moulonguet, O. R. L. des Hôpitaux de Paris, est élu membre titulaire dans la section de chirurgie, en remplacement de M. Hautant, décédé.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 18 juin 1947

A propos de 8 observations de gastrectomie totale pour cancer. — M. Gibert. — M. Ameline rapporte ce travail dans lequel cinq malades restent vivants un an après l'intervention sans aucun signe de récidive.

Un cas de luxation postérieure de l'épaule datant de la naissance. — M. Adam. — M. Boppe rapporte cette observation dans laquelle la malformation s'accompagnait d'une atrophie de l'acromion et de la glène et d'une hypertrophie de la coracoïde. Une intervention exploratrice montre une reposition facile de la tête. Elle est suivie d'une récidive à laquelle on remédie par une butée postérieure ; le résultat fonctionnel fut médiocre.

M. Boppe discute la pathogénie de cette lésion et l'indication thérapeutique.

Modifications évolutives de la maladie post-opératoire par l'infiltration préventive du sinus carotidien. — M. Luzuy. Etudiée sur seize malades ayant subi des interventions importantes, cette méthode semble avoir une influence très heureuse sur l'apparition des accidents post-opératoires.

M. Bauman et M. Sénèque font des réserves sur l'efficacité de l'infiltration du sinus carotidien dans le traitement du shock grave post-traumatique.

Sur la cure opératoire de 50 fistules vésico-vaginales. — M. R. Couvelaire vient défendre la voie d'abord basse qui lui permit d'obtenir la guérison en douze jours pour la plupart d'entre elles. Trente-trois fois l'auteur a utilisé la voie vagino-périnéale et dix-sept fois la voie vaginale. 27 cas de fistules vésico-vaginales hautes traitées par voie vagino-périnéale ont donné 27 guérisons.

Le temps essentiel est un large dédoublement de l'orifice pathologique pour dépasser largement le callus. Fermeture isolée de la vessie et du vagin. Cette fermeture isolée de la vessie comporte plusieurs avantages que souligne R. Couvelaire. La cystostomie est inutile sauf si la fistule est au contact du col vésical. Les fistules avec perte de l'urètre posent un problème plastique qui n'est pas encore résolu.

Présentation d'un malade présentant un moignon douloureux opéré par cordotomie cervicale. Excellent résultat. — M. Petit-Dutaillis et Thévenard.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 juin 1947

Troubles du métabolisme glucidique au cours de la polyarthrite chronique évolutive. — MM. Polonovski, Coste et Delbarre.

Œstrogènes de synthèse et arthroses. — MM. Coste et Hochfeld.

Aspects actuels de la spondylarthrite ankylosante. — MM. Coste, Mouzon et Boissière relatent 76 observations recueillies en trois ans à l'hôpital Cochin. Ils notent l'augmentation de fréquence de la maladies chez les prisonniers et les déportés et ils insistent sur diverses particularités cliniques, radiologiques, étiologiques ainsi que sur les thérapeutiques utilisées.

La prastigmine fait céder la douleur et les spasmes chez certains malades, ce qui est utile pour le redressement.

M. Coste ne croit guère à l'action de l'atropine.

Pénicillothérapie des rhumatismes. — MM. Coste et Galmich se basant sur leur propre expérience et sur les résultats obtenus en Amérique proposent, à l'usage du médecin praticien les règles suivantes :

1° Employer la pénicilline dans tous les rhumatismes, arthrites et polyarthrites d'origine focale rhino-pharyngée et grippale et dans les rhumatismes certainement gonococciques (en associant dans les rhumatismes gonococciques aigus et récents les injections intra et péri-articulaires aux injections musculaires habituelles) ;

2° Ne pas l'employer dans la maladie de Bouillaud ;

3° L'employer facultativement dans les spondylarthrites ankylosantes si les autres thérapeutiques habituelles — radiothérapie en particulier — ont échoué , si le cas n'est pas trop ancien et si le rôle étiologique d'infections pénicillino-sensibles y apparaît probable ;

4° Ne l'utiliser dans les polyarthrites chroniques évolutives que dans quelques cas où des infections notables, rhino-pharyngées ou génitales, coexistent avec les polyarthrites ou ont existé avant elles ;

5° Si le recours à la pénicillinothérapie est décidé, employer de fortes doses : en principe, 1.000.000 d'U. O. par jour pendant 10 jours (avec l'espacement habituel de trois heures entre les injections, à moins d'utiliser un véhicule retard). Associer une cure sulfamidée courte, mais à doses journalières suffisantes.

Septicémie à pneumobacille de Friedländer, traitée par la pénicilline, par les sulfamides, puis par la pénicilline G. Guérison. — M. Lambling.

Un nouveau cas de Tularémie humaine par morsure. Animal vecteur : le sanglier. — MM. René Martin, Pierre Mercier et Roland Peret rapportent un nouveau cas de Tularémie consécutif à une morsure par un jeune sanglier.

Le sanglier doit donc être rangé parmi les animaux vecteur de la Turalémie. Cette notion présente un intérêt épidémiologique certain, d'autant plus que des foyers d'épizooties ont été signalés récemment dans le Doubs.

Méningite humaine à « Listerella monocytogènes ». Traitement sulfamido-pénicilliné. Echec. — MM. René Martin, B. Sureau, A. Millet et Mme Quelin-Rimetz rapportent l'observation d'un malade atteint de méningite à *Listerella Monocytogenes ;* c'est le troisième cas publié en France. Ils insistent sur la rareté de cette affection et les difficultés de son diagnostic, tant clinique que bactériologique, et rappellent les principales caractéristiques des *Listerella.*

La pénicilline est dépourvue d'efficacité sur ce germe, pour lequel la sulfamidothérapie (diazines) constitue actuellement le traitement le plus efficace.

Malgré cette thérapeutique les affections humaines à *Listerella* restent fort graves.

Deuxième cas parisien de maladie de Libman-Sachs (Lupo-érythémato-viscérite maligne). — MM. Julien Marie, Georges Sée, B. Duperrat et Jean Teissier.

Manifestation rétrograde de la réaction de Casoni. — M. Thodet (Alger).

Le traitement des formes suppurées des cancers pulmonaires. — MM. Métras et Coignet (Marseille).

Syndrome de Frœlich avec polydipsie, polyphagie, hypoglycémie, respiration de Cheyne-Stokes d'origine diencéphalique. — MM. Mussio-Fournier et Proto (Buenos-Ayres).

Syndrome de Morgagni chez deux sœurs. — MM. Mussio-Fournier et Bassano (Buenos-Ayres).


BOLDINE
HOUDÉ
GRANULES
TITRÉS
A 1 milligramme
3 à 6 par jour
50 GRANULES TITRÉS
à 1 milligramme
BOLDINE HOUDÉ
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
FOIE
LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
HYPERTROPHIE DU FOIE
COLIQUES HÉPATIQUES
ICTÈRE
DERUFFE

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

SÉANCE DU 21 MARS 1947

Hypothèse sur les processus d'édification cellulaire. — M. BOVIER, rappelant l'obscurité qui règne sur le mécanisme des édifications cellulaires normales et pathologiques, s'appuyant d'autre part sur l'importance grandissante de l'élément réticulo-endothélial et sur les travaux de l'école de Spemann (induction organisatrice), pense que toute édification cellulaire trouve son origine dans le produit de désintégration cellulaire, qui imprègne et oriente l'élément réticulo-endothélial. Cette cellule ainsi orientée accomplirait un périple dans l'organisme, se chargerait de vitamines, hormones, etc..., nécessaires à son développement et reviendrait à son point de départ pour accomplir sa destinée.

Mal perforant du talon infecté. Pénicilline. Suture. Guérison. — M. André TRÈVES présente un blessé de juin 1940, atteint de section complète du sciatique à la cuisse et d'une ulcération rebelle du talon. Suture du sciatique en juin 1941 sans résultat. Quatre infiltrations lombaires et une sympathectomie lombaire ont échoué. Suppuration abondante et grosse lymphangite.

Cinq millions d'unités de pénicilline en onze jours. Après curettage de l'ostéite du calcanéum, suture de l'ulcération. Guérison maintenue après quatre mois.

Présentation de radiographie d'iléus biliaire. — M. SOUBRANE.

A propos de deux cas de chirurgie du « spina bifida occulta ». Enurésie et sciatique. — M. R. WEISS (de Tarascon). — Rapport de M. J. Soubrane. — L'auteur apporte deux interventions sur des *spina bifida occulta* dans lesquelles la résection de la bandelette fibreuse comblant l'hiatus sacré a permis la guérison, dans un cas d'énurésie chez une jeune fille de 17 ans et dans un cas de sciatique bilatérale chez une femme de 50 ans.

A propos de ces cas démonstratifs, l'auteur et le rapporteur étudient le mécanisme de ces interventions qui paraissent agir comme une laminectomie décompressive et qui agiraient également sur les phénomènes sympathiques et sur l'œdème.

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 17 JUIN 1947

Pneumothorax du nourrisson. — M. G. BLECHMANN présente un nourrisson de neuf mois chez lequel est apparu au cours d'une manifestation pulmonaire tuberculeuse confirmée par une cuti-réaction positive un pneumothorax spontané de la grande cavité. La radiographie montrait de plus une image de condensation pulmonaire au centre du moignon.

L'énigme de la langue géographique expliquée par la gemellarité. — MM. G. BLECHMANN et ESNAULT concluent après étude de ce cas chez deux jumeaux de 4 ans à l'origine génétique de cette affection.

Corps étrangers bronchiques. — M. LAMY, Mlle JAMMET et M. DESCHAMPS présentent les radiographies d'un enfant chez lequel ils ont constaté l'existence d'un corps étranger enclavé dans la bronche inférieure droite. Ultérieurement s'est développé dans le territoire environnant une bronchectasie secondaire.

Tumeur cervicale antérieure apparaissant aux efforts. — M. FÈVRE présente un enfant de 28 mois chez lequel existe depuis la naissance une tumeur molle, sus-sternale, très augmentée par les efforts et les cris, partiellement réductible, soulevée par les vaisseaux et qui a considérablement augmenté de volume à la suite d'une adénoïdectomie. Ils discutent son origine vasculaire ou gazeuse.

Trois cas de gangrène de type différent chez l'enfant. — M. FÈVRE rapporte trois cas de gangrènes, dont deux classiques, l'un consécutif à une oblitération vasculaire et l'autre à type de gangrène cutanée survenue après une vaccination jennérienne.

Il insiste plus longuement sur le troisième cas, d'apparence primitive, survenu chez un nourrison de 13 jours. Ce cas débuta par une phlyctène de l'index bientôt suivie d'un œdème chaud de toute la main qui était cyanosée. En quelques jours, la main devint sèche et noire tandis que l'œdème gagnait l'avant-bras. En même temps apparaissaient des phénomènes généraux graves. Il dut faire une amputation de la main, mais l'exploration de la perméabilité vasculaire au cours de l'intervention lui permit de faire une amputation basse et non l'amputation haute qu'aurait commandée l'extension de l'œdème.

Un début d'atteinte du côté opposé fut facilement jugulé par une infiltration stellaire, et un œdème des membres inférieurs rétrocéda rapidement.

Les suites opératoires furent simples et l'enfant guérit rapidement avec le minimum de séquelles.

La pathogénie de ce cas ne peut être fixée.

La perfusion médullaire chez le nourrisson d'après 65 observations. — MM. R. CLÉMENT, GERBEAUX et Mlle BOUVEAU ont pratiqué 65 perfusions médullaires chez le nourrisson au moyen d'un trocard de Mallarmé modifié, indifféremment au tiers supérieur du tiba et au tiers inférieur du fémur. Ils ont injecté pendant 24 à 36 heures par cette voie divers sérums et du plasma.

La possibilité d'abcès osseux souvent graves limite les indications de cette technique qu'ils réservent aux eas où la perfusion veineuse est impossible par suite du collapsus veineux ou de manque du matériel adéquat.

Présentation d'un médullo-trocard pour transfusion médullaire. — M. PLANSON (de Dijon).

Malformation diaphragmatique ou brachyœsophage observés au cours de quatre générations successives. — M. G. SÉE en étudiant un nourrisson vomisseur a pu porter chez lui le diagnostic de brachyœsophage par un examen radiologique qui a montré des lésions typiques. Le père de cet enfant présente une malformation gastrique constatée à l'âge de 20 ans et qui rentre vraisemblablement dans ce cadre. Il en est de même chez deux autres membres de la famille examinés par la suite.

Le fonctionnement des centres collecteurs et distributeurs de lait de femme de Casablanca et de Clermont-Ferrand. — — M. WILLEMIN-CLOC (de Clermont-Ferrand).

CHRONIQUE

Le IIIe Congrès international des médecins catholiques

Pour la première fois depuis la guerre vient d'avoir lieu à Lisbonne, du 17 au 23 juin 1947, une grande manifestation médicale internationale. Il s'agit du IIIe Congrès de médecins catholiques, les premiers Congrès avaient eu lieu à Paris, Bruxelles et Vienne en 1934, 1935 et 1936, sans parler des réunions antérieures à Rome et Budapest.

Au Congrès de cette année étaient représentées seize nations différentes dont voici la liste avec le nom du chef de la délégation : Portugal (prof. Porto, de Coïmbre) ; Espagne (prof. Guilermo Nunes) ; Belgique (Dr de Guchteneere) ; Hollande (Dr Weebers) ; Suisse (prof. René Gilbert, de Genève) ; Italie (prof. L. Gedda, de Rome) ; Grande-Bretagne (Dr Pemberton, de Londres ; Irlande (Dr Foley, de Cork) ; Danemark (Dr Osae Wanscher) ; Suède (Mlle le Dr Ruth Svensson) ; Tchécoslovaquie (Dr Ort) ; Roumanie (Dr Nicolas Pop) ; Canada (prof. W. Le Blond, de Québec) ; Brésil (prof. Leme Lopes) et Chili (Dr Roa). La France était représentée par le Dr O. Pasteau, secrétaire général des Sociétés nationales de médecins catholiques, les Drs Grenet et M. Poumailloux, médecins des hôpitaux de Paris et le chanoine Lancrenon, docteur en médecine et curé de la paroisse de la Sainte-Trinité.

La délégation française devait comprendre une vingtaine de médecins, mais les entraves apportées actuellement aux voyages à l'étranger (difficultés de transport, visas de passeport, octroi de devises) ont dû faire renoncer la plupart de nos confrères désireux de participer à ce Congrès.

La France a eu néanmoins une place d'honneur et les organisateurs portugais du Congrès, comme les congressistes de tous pays, n'ont cessé de témoigner leurs sympathies actives aux congressistes français. Les plus hautes autorités du pays ont témoigné par leur présence effective de l'importance qu'ils attachaient à cette grande manifestation d'union de la science et de la foi. Le patriarche de Lisbonne, l'éminent cardinal Cereijeira reçut les congressistes avant son départ pour Rome et le Président de la République, le maréchal Carmona, présida en personne la séance inaugurale.

Le sujet principal d'étude du Congrès était « Médecine individuelle et Médecine collective », question d'actualité brûlante dans tous les pays, quel que soit leur régime politique. Des rapports documentés anglais, belges, espagnols, français, italiens et portugais exposèrent la doctrine officielle et les vœux dans ces divers pays, des médecins catholiques.

Partout, ces derniers s'opposent à l'étatisation de la médecine, mais certains termes ne prennent pas le même sens dans toutes les bouches : Il en est ainsi du terme « collectif » qui peut être pris dans un sens social aussi bien que dans un sens politique. Le terme « individuel » est également dangereux et il serait préférable de parler de la « personne humaine » dont tous les médecins, chrétiens ou non, peuvent et doivent se montrer les défenseurs intransigeants.

La médecine préventive peut être développée efficacement par une éducation portant sur l'ensemble de la population, ce qui réduirait d'autant l'empiétement de l'Etat sur l'individu.

En dehors de ce thème de fond, de nombreuses questions furent abordées : l'action des médecins catholiques contre certaines lois d'allure totalitaire, telles que celle autorisant l'avortement, la stérilisation, la fécondation artificielle ; l'aide médicale aux missions, dont le secrétariat international a été confié à la Belgique ; les dispensaires et hôpitaux confessionnels ; les soins médicaux au clergé, etc.

Les médecins français présentèrent les communications suivantes :

Dr O. Pasteau : 1° Le secrétariat des Sociétés nationales de médecins catholiques et son œuvre depuis sa fondation ;

2° L'aide médicale aux missions et la médecine missionnaire.

Dr H. Grenet (médecin honoraire des hôpitaux de Paris) : Le médecin catholique devant les problèmes de la Sécurité sociale (Congrès de Reims).

M. le chanoine E. Lancrenon (docteur en médecine) : Une création de la Société française de Saint-Luc, Le Sanatorium du Clergé.

Dr M. Poumailloux (médecin des hôpitaux de Paris) : 1° La médecine en Afrique noire. Problème de la médecine en présence des populations peu évoluées ;

2° L'organisation professionnelle de la médecine en France. Position vis-à-vis de la Sécurité sociale.

Comme dans tous les Congrès, de nombreux contacts s'établirent entre les différents participants, soulignant la nécessité de ces échanges de vues entre des médecins réunis par la même foi, mais que les événements nationaux et internationaux de ces dernières années ont amenés à voir de nombreux problèmes sous des angles différents.

En dehors des séances d'études, signalons une importante exposition bibliographique, des réceptions à la Faculté de médecine et dans les hôpitaux de Lisbonne, une visite à la vieille et splendide ville universitaire de Coïmbre, un pèlerinage à Notre-Dame de Fatima, une réception à la légation de France offerte par notre ministre, M. du Sault et, enfin, une brillante soirée réunissant congressistes et leurs épouses au Mont-Estoril, la si belle station climatique de la Côte du Soleil.

A l'unanimité, le Congrès vota les résolutions suivantes :

Considérant que la médecine évolue de plus en plus de la médecine individuelle ou libérale vers une médecine réglée par la loi positive de l'Etat, c'est-à-dire vers une médecine collectivisée ou socialisée, émet les vœux :

1° Que les droits fondamentaux de la personne humaine soient toujours respectés ;

2° Que le secret professionnel soit observé dans tous les cas ;

3° Que le libre choix du médecin par le malade soit respecté dans toute la mesure du possible ;

4° Que l'autorité du médecin de famille soit reconnue, protégée par l'Etat, et que celui-là, conformément aux données de la science, soit le conseiller médical de la famille ;

5° Que les lois qui règlent l'exercice de la profession médicale respectent également la personne du médecin en lui assurant un niveau de vie conforme à sa situation sociale.

Action catholique

1° Qu'il y ait dans tous les pays une organisation nationale de médecins catholiques (Fédération, Société ou association ou équivalent) soumise à la hiérarchie ;

2° Qu'il y ait une organisation internationale groupant toutes les organisations nationales.

Missions

1° Que dans chaque association de médecins catholiques, il y ait une branche spécialement dédiée à l'aide médicale aux missions ;

2° Que soit réveillée l'activité du Secrétariat international pour l'aide médicale aux missions, fondé en 1933 d'accord avec les vœux du Congrès de Reims, et dont le

titulaire continue à être M. le Dr Fernandis-Villèle, de Bruxelles.

Le Congrès émet le vœu que pour le pape Jean XXI, grand médecin et grand philosophe, né à Lisbonne et enseveli à Viterbe, soit érigé un tombeau digne de lui.

Le Congrès affirme que la chasteté est possible et qu'elle n'a pas d'inconvénients, mais plutôt des avantages, surtout pour les jeunes gens.

Enfin, les médecins catholiques décidèrent de tenir leur prochain Congrès international à Rome, en 1949, à l'occasion du cinquantenaire de l'ordination du pape Pie XII et sous la présidence du professeur L. Gedda.

Toutes modifications éventuelles au Secrétariat international des Sociétés nationales de médecins catholiques ne sont pas du ressort du Congrès et seront soumises à la décision de l'autorité du Secrétariat d'Etat du Saint-Siège.

Dr M. P.

INTERETS PROFESSIONNELS

Contingent exceptionnel de voitures

Un contingent exceptionnel de 900 voitures Simca-5 vient d'être mis à la disposition des médecins publics, sages-femmes, etc., et principalement des praticiens privés prioritaires.

La répartition est confiée au ministère de la Santé publique et aux Syndicats médicaux départementaux. C'est à ces derniers que doivent être adressées les demandes.

La Sécurité sociale du médecin et la Mutualité

L'Association Générale des Médecins de France a tenu, le 29 juin 1947, sous la présidence du doyen Baudouin, une Assemblée générale d'une importance exceptionnelle.

Au programme de la réunion figuraient le rapport du Dr Touchard, secrétaire général de l'Association générale sur la situation morale et l'activité durant l'année 1946, ainsi que le rapport financier du Dr Jodin, trésorier général et du commissaire aux comptes. Ces rapports ont fait à nouveau ressortir l'importance toujours primordiale du budget d'entraide.

On vota d'acclamation l'admission de diverses Sociétés sollicitant leur affiliation (Société médicale de l'Hérault, Médecine et Famille, Veuves et Enfants de Médecins, etc.). Le Dr O'Followel, sur la demande de certains groupements, a saisi l'occasion d'insister à nouveau sur l'indépendance parfois injustement méconnus de certaines Sociétés vis-à-vis d'importants groupements poursuivant d'autres buts et a fait part de dispositions nouvelles destinées à manifester davantage encore à l'avenir cette indépendance.

L'affiliation nouvelle des Sociétés représente un pas important vers la réalisation complète de l'Union sous forme mutualiste, telle que la souhaite le Conseil national, des Sociétés d'entraide existantes.

La tâche la plus importante de l'Assemblée générale était l'assentiment à donner au plan d'entraide à présenter au Conseil général de l'Ordre en vue de la session de juillet.

Le plan adopté est dans son ensemble conforme au texte publié dernièrement dans divers journaux médicaux et qui tend, pour préparer les applications pratiques, à séparer dans leur gestion les caisses relatives à la retraite, celles relatives à l'assurance (maladie et décès) et celles relatives à l'entraide médicale. Cette distinction est fondée sur la différence dans leur nature même des buts poursuivis, sur la diversité des prestations à prévoir et sur des considérations professionnelles, législatives et politiques.

A signaler seulement la modification apportée non pas au fond des dispositions, mais au seul libellé du texte relatif aux assurances pour le cas où certaines Sociétés locales existantes ne seraient pas organisées pour l'assurance-maladie. Les médecins devront en ce cas se tourner vers des groupements régionaux ou même, en cas d'impossibilité à l'échelon régional, vers un organisme de l'échelon national.

Les dispositions du projet sont conçues pour permettre l'organisation d'un régime éventuel de sécurité propre à la profession médicale et même à un régime spécial interprofessionnel s'adressant aux professions régies par un ordre, éventualité que le Conseil national a déjà envisagée.

Des élections au Conseil de l'Association générale et à la Commission de contrôle des comptes complétaient l'ordre du jour de cette importante réunion.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. René Le Sourd, pieusement décédé le 15 juin, à Paris.

De la part de Mme René Le Sourd, sa veuve, de M. et Mme Christian Le Sourd, ses enfants.

Du Dr et de Mme François Le Sourd, leurs enfants et petits-enfants ; du Dr et de Mme Louis Le Sourd, leurs enfants et petits-enfants ; du général et de Mme Georges Le Sourd, ses frères, belles-sœurs et neveux.

Dépôt légal. — 1947. — trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 28. — SAMEDI 12 JUILLET 1947 — 120e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France............. au lieu de ....375 fr.	356 fr.
Un an : étudiant............. au lieu de...............200 fr.	190 »
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

Hôpitaux

Concours d'électroradiologiste des hôpitaux de Paris. — MM. Morin et Fischgold ont été nommés.

Concours de l'internat des hôpitaux communaux et intercommunaux de la Seine et Seine-et-Oise.

Liste des candidats reçus : 1. Terquem, 57 ; 2. Seneze, 53 ; 3. Casalis, 51 ; 4. Robert, 47 ; 5. Lebrun, 47 ; 6. Bruneau, 46 ; 7. Clément, 45 ; 8. Marchand, 44 ; 9. Godin, 44 ; 10. Lestoquoy, 44 ; 11. Queinnec, 44 ; 12. Hovasse, 44 ; 13. Saloff, 43 ; 14. Baron, 43 ; 15. Bocquin, 43 ; 16. Garnier, 43 ; 17. Barbe, 42 ; 18. Dionis du Séjour, 42 ; 19. Lutier, 42 ; 20. Martinat, 41 ; 21. Clamagirand, 41.

Hôpitaux psychiatriques

Ont été reçus au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques de 1947 :

MM. les Drs Duc, Rouault de la Vigne, Beaudouin (I. L.) ;

Mlle Plattard, MM. Garrigues, Digo et Lubtchansky.

Faculté de Médecine de Paris

Vacance. La chaire de thérapeutique de la faculté de Médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire : M. Guy Laroche, transféré) a été déclarée vacante. (« J. O. » 4 juillet 1947.)

Facultés de Province

Aix-Marseille. — La chaire de clinique oto-rhino-laryngologique de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université d'Aix prend le nom de chaire de clinique oto-rhino-laryngologique et maxillo-faciale.

Alger. — La chaire de médecine légale de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université d'Alger prend le nom de médecine légale et médecine du travail.

Lyon. — La chaire de clinique neurologique et psychiatrique de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon prend le nom de chaire de clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale.

Nancy. M. Chalnot, professeur titulaire de la chaire de pathologie chirurgicale de la faculté de Médecine de l'Université de Nancy est chargé, à titre provisoire, du service de la chaire de clinique chirurgicale en remplacement de M. Barthélémy.

Toulouse. — La chaire de médecine légale et déontologie de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Toulouse prend le nom de chaire de médecine légale et médecine du travail.

Education nationale

Médecine sportive. Du 1er au 30 août, un stage de médecine sportive ouvert aux jeunes médecins et aux étudiants en fin de scolarité, se tiendra au Centre Régional d'Education Physique et Sportive de Strasbourg.

S'inscrire d'urgence au bureau médical central de l'E. P. S., 34, rue de Châteaudun. Gratuité. Places limitées.

Agriculture

Incorporation du carbonate de chaux dans la farine panifiable. — Par arrêté du ministre de l'Agriculture (« J. O. » 6 juillet) les meuniers, chargé d'approvisionner les centres de consommation désignés par l'office national des céréales, sont tenus d'incorporer aux farines panifiables et aux succédanés ajoutés eux-mêmes à ces farines du carbonate de chaux dont le pourcentage sera précisé par le directeur général de l'office national interprofessionnel des céréales..

Rappelons que l'Académie de Médecine avait donné un avis favorable au sujet de l'incorporation du carbonate de chaux.

On annonce d'autre part que le mélange de fécule de pomme de terre à la farine, serait adopté dès le mois de septembre.

Santé publique

Croix-Rouge française

Par arrêté, en date du 1er juillet, la démission du président, le médecin général inspecteur Sicé et des vice-présidents est acceptée et le ministre donne son agrément à la nomination de M. le Dr Georges Brouardel, membre de l'Académie de Médecine, comme président ; de Mme le Dr Bertrand Fontaine, médecin des hôpitaux de Paris et de M. le général Klopfenstein, comme vice-présidents.

M. André François Poncet, ambassadeur de France, est nommé, d'autre part, membre du Conseil d'administration en remplacement de M. Paul Bargeton, ambassadeur de France, démissionnaire.

INTERETS PROFESSIONNELS

Ordre National des Médecins

Allocution prononcée par M. le Professeur PORTES, président du Conseil National de l'ordre à l'occasion de la réception de l'Ordre des Médecins par M. le Président de la République.

Monsieur le Président,

J'ai le grand honneur de vous présenter aujourd'hui l'Ordre des Médecins qui, sur un plan exclusivement professionnel, est l'émanation élue des 30.000 médecins qui exercent leur art sur le territoire national.

J'ai aussi la joie de vous exprimer la profonde satisfaction qu'a éprouvée le Corps Médical Français à l'annonce de cette solennelle audience qui montre à quel point vous vous intéressez à l'avenir de la médecine dans notre pays.

Les médecins, bien avant que Marc-Aurèle ne reçut Galien, ont toujours constaté, et cela sous tous les cieux, que la médecine est d'autant mieux honorée par les Pouvoirs publics en général et par les Chefs d'Etat en particulier, que la civilisation représentée par les uns et par les autres est particulièrement éclatante. C'est en ce sens, Monsieur le Président, que l'entrevue que vous avez bien voulu nous réserver et qui souligne si nettement votre haute compréhension, me paraît être d'un excellent augure.

***

La nation française, après les vicissitudes de deux guerres totales, voit se poser pour elle un problème peut-être éternel, mais actuellement essentiel qui est d'apporter enfin à nos compatriotes de tout âge et quel que soit leur rang de fortune, le plus grand bien-être physique et moral.

Pour construire ce monument qui s'appellera la « Sécurité Sociale » et qui doit être non un édifice inadapté, mais une cathédrale puissante et respectée, l'Etat doit certes compter sur ses administrateurs directs dont personnes ne songe à discuter ni l'intention, ni la qualité ; mais il ne saurait, sans commettre une imprudence, voire une faute, négliger l'action personnelle des médecins qui, dans le domaine touchant à la Santé publique, sont par essence les bâtisseurs vraiment qualifiés.

Les médecins français, conscients en cette matière de l'éminence de leur rôle et désirant prendre leurs responsabilités, ont senti la nécessité de se grouper, de s'organiser et de s'unir pour mieux agir. Ils ont été aidés en cela de la façon la plus évidente par les Pouvoirs Publics qui ont précisément créé l'Ordre des Médecins pour faciliter leur action.

Les médecins français ont dès l'abord précisé leurs obligations séculaires en proposant au Gouvernement et conformément à la loi, un Code de Déontologie, qui doit être pour eux, non pas une sèche formule juridique, mais une règle intérieure morale, souple, vivante, sans cesse réadaptée et toujours sanctionnée par leur propre juridiction. Vous savez, Monsieur le Président, toute l'impatience qu'éprouvait le Corps médical d'assister enfin à la promulgation de ce Code qui déterminera dans une large mesure l'évolution de notre profession.

Grâce à la diligence de Monsieur le Ministre de la Santé, que nous remercions particulièrement de ses efforts, cette importante consécration de nos désirs intellectuels et moraux est maintenant acquise.

Par l'intermédiaire de ses Conseils départementaux, l'Ordre des Médecins prend les contacts les plus directs avec la totalité des médecins français et par eux avec les masses urbaines et rurales, ouvrières et paysannes, intellectuelles et manuelles. Il est donc parfaitement informé des multiples aspects des problèmes qui touchent à la Santé publique tant dans les mines, qu'à l'usine, qu'à la terre et que dans l'intimité des familles françaises.

Les médecins qui se considèrent par nature et avec quelque raison, comme les principaux défenseurs des malades désirent ne rester ni indifférents, ni étrangers à aucun des problèmes que leur santé soulève et qu'ils prétendent connaître aussi bien sous leur aspect technique que social. C'est pourquoi ils demandent à leur Conseil National d'être en contact permanent avec les rouages les plus éminents de la Nation : Administrations, Ministères, Conseil d'Etat, Parlement et notamment avec vous-même pour participer activement à l'élaboration d'une politique efficace qui tende à assurer à tous les Français une médecine de qualité, égale pour tous, et respectueuse de l' « éminente dignité » que confère la souffrance.

En contrepartie, Monsieur le Président, de cette aide qu'il sont prêts à apporter avec enthousiasme aux Pouvoirs publics, les médecins ont, il faut bien le dire, certaines exigences assurément justifiées.

Conscients du fait qu'il est peu de lois qui n'aient de conséquences lointaines sur la santé publique, ils tiennent essentiellement à être effectivement consultés sur tous les projets gouvernementaux susceptibles de les intéresser afin que certaines erreurs néfastes pour la santé publique puissent être évitées.

Ils espèrent aussi, et cela de la façon la plus pressante, que dans l'intérêt public, tous les moyens de travail qui leur sont indispensables leur soient rapidement donnés, tant en ce qui concerne les moyens de transport des praticiens, que l'équipement hospitalier du territoire qui, déjà avant cette guerre, étant désuet, mais qui, maintenant, du fait des destructions, est devenu absolument inacceptable.

Ils demandent enfin que la Science Médicale Française soit réellement soutenue et protégée, moralement et matériellement, pour qu'elle puisse rester digne de son glorieux passé et que par voie de conséquence, l'Enseignement médical soit profondément rénové.

Dans tous les domaines, l'Ordre des Médecins, d'accord avec le syndicalisme médical, a des propositions précises à formuler aux Pouvoirs publics. Nous voulons espérer que, grâce à vous, il sera écouté.

En conclusion, Monsieur le Président, le Corps Médical français, représenté par son Ordre, est prêt à aider le Gouvernement dans toutes ses créations constructives touchant à la Santé publique, mais il reste assurément en éveil pour que soient définitivement acceptés certains principes traditionnels, qu'il considère comme l'expression d'une forme de civilisation particulièrement élevée. Il ignore quel sort sera fait à ces propositions, mais il tient à préciser que quoiqu'il arrive, son cœur est de ceux qu'aucune indifférence ne lasse et qu'aucune ingratitude ne saurait fermer.

Mariage

On annonce le mariage du Dr Michel Rathery, interne des hôpitaux de Paris, fils du regretté professeur Rathery, avec Mademoiselle Georgine Guillain, fille de M. le professeur Georges Guillain.

La célébration du mariage aura lieu le mardi 22 juillet 1947 à 11 h. 30 en la basilique de Sainte-Clotilde.

Nécrologie

On annonce la mort à Cambridge, à l'âge de 86 ans, de Sir Frederick Hopkins, ancien président de la Royal Society et de la British Association. Il avait obtenu le prix Nobel de Médecine en 1929, pour ses importantes recherches en biochimie, et notamment pour la découverte des vitamines A et B.

Il était correspondant étranger de l'Académie de Médecine de Paris depuis 1935.

Renseignements

1° Offre location de cabinet médical dans appartement central, grande ville, Côte d'Azur.

2° Poste de médecin consultant dans station thermale avec relations internationales.

Ecrire Office de renseignements de la Société Médicale méditerranéenne, 24, rue Verdi, à Nice. (Intermédiaire gratuit. Timbre pour réponse.)

Veuve de guerre, 35 ans, infir. expérim., cherche Paris ou banlieue, direction ou gérance maison de santé, enfants ou clinique, Schwab, rue Emile-Zola, Troyes.

DOCUMENTS OFFICIELS

Le Code de Déontologie médicale

(Décret n° 47-1169 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale.)

Le président du conseil des ministres.

Sur le rapport du garde des Sceaux, ministre de la Justice, du ministre de la Santé publique et de la Population et du ministre du Travail et de la Sécurité sociale,

Vu l'ordonnance n° 45-2184 du 24 septembre 1945, et notamment son article 66, aux termes duquel « un code de déontologie propre à chacune des professions de médecin, chirurgien dentiste et sage-femme, sera préparé par le conseil national de l'ordre intéressé et soumis au Conseil d'Etat pour être édicté sous la forme de règlement d'administration publique » ;

Vu les propositions du conseil national de l'ordre des médecins ;

Le Conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Article premier. — Les dispositions du présent code s'imposent à tout médecin inscrit au tableau de l'ordre.

Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre.

Titre premier

Devoirs généraux des médecins

Article 2. — Tout médecin doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout agissement de nature à déconsidérer celle-ci.

Article 3. — Quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, hors le seul cas de force majeure, tout médecin doit porter secours d'extrême urgence à un malade en danger immédiat si d'autres soins médicaux ne peuvent pas lui être assurés.

Article 4. — Le secret professionnel s'impose à tout médecin, sauf dérogations établies par la loi.

Article 5. — Les principes ci-après énoncés qui sont traditionnellement ceux de la médecine française, s'imposent à tout médecin, sauf dans les cas où leur observation est incompatible avec une prescription législative ou réglementaire, ou serait de nature à compromettre le fonctionnement rationnel et le développement normal des services ou institutions de médecine sociale.

Ces principes sont :

Libre choix du médecin par le malade ;

Liberté des prescriptions du médecin ;

Entente directe entre malade et médecin en matière d'honoraires ;

Payement direct des honoraires par le malade au médecin.

Article 6. — Un médecin doit soigner ses malades avec la même conscience quels que soient leur situation sociale, les sentiments personnels qu'il ressent pour eux, et leur moralité.

Article 7. — Un médecin ne peut pas abandonner ses malades en cas de danger public sauf sur ordre formel, et donné par écrit, des autorités qualifiées.

Article 8. — Il est interdit à un médecin d'établir un rapport tendancieux ou de délivrer un certificat de complaisance.

Article 9. — Sont interdites à un médecin toutes les supercheries propres à déconsidérer sa profession et notamment toutes les pratiques du charlatanisme.

Article 10. — L'exercice de la médecine est un ministère ; celle-ci ne doit en aucun cas, ni d'aucune façon, être pratiquée comme un commerce.

Sont spécialement interdits au médecin :

1° Tous les procédés de réclame ou de publicité personnelle de caractère commercial, notamment les appels par la presse ou par la radiodiffusion, sauf dans des cas exceptionnels et avec l'autorisation du conseil départemental où, en cas d'urgence, de son représentant qualifié ;

2° Les manifestations spectaculaires n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif ;

3° Toute collaboration à une entreprise commerciale de soins dans laquelle le médecin n'aurait pas sa complète indépendance professionnelle.

Article 11. — Les seules indications qu'un médecin est autorisé à mentionner sur ses feuilles d'ordonnance ou dans un annuaire sont :

1° Celles qui facilitent ses relations avec ses clients, c'est-à-dire : nom, prénoms, adresse, numéro de téléphone, jours et heures de consultation, compte de chèques postaux ;

2° La spécialité qui lui aura été reconnue par le conseil départemental dans les conditions déterminées par le conseil national de l'ordre avec l'approbation du ministre de la Santé publique et de la Population ;

3° Les titres et fonctions reconnus valables par le conseil national de l'ordre ;

4° Les distinctions honorifiques reconnues par la République française.

Les décisions prises pour l'application du 2° peuvent donner lieu à recours dans les conditions prévues en matière d'inscription au tableau ; les décisions prises pour l'application du 3° peuvent être déférées au ministre de la Santé publique et de la Population.

Article 12. — Les seules indications qu'un médecin est autorisé à mettre sur la plaque apposée à la porte de son cabinet sont : le nom, les prénoms, les titres, la spécialité, les jours et heures de consultation. Cette plaque ne doit pas dépasser 25 cm. sur 30 cm.

Article 13. — Sont interdits l'inscription et l'usage de titres non autorisés, ainsi que tous les procédés de nature à tromper le public sur la valeur de ces titres, notamment par l'emploi d'abréviations dans leur libellé.

Article 14. — Sont interdits :

1° Tout versement ou acceptation clandestins d'argent entre praticiens ;

2° Toute commission à quelque personne que ce soit :

3° L'acceptation d'une commission pour un acte médical quelconque et notamment pour examens, prescriptions de médicaments, d'appareils, envoi dans une station de cure ou maison de santé ;

4° Toute ristourne en argent ou en nature faite à un malade ou à un blessé ;

5° Tout acte de nature à procurer pour le malade un bénéfice illicite ;

6° Toute facilité accordée à quiconque se livre à l'exercice illégal de la médecine.

Article 15. — Il est interdit à un médecin de donner des consultations gratuites ou moyennant salaires ou honoraires dans les locaux commerciaux où sont mis en vente des médicaments ou appareils que ce médecin prescrit ou utilise, ainsi que dans les dépendances desdits locaux.

Article 16. — Tout compérage entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes, même étrangères à la médecine, est interdit.

Par définition, le compérage est l'intelligence secrète entre deux personnes, en vue d'en léser une autre.

Article 17. — Le médecin doit éviter dans ses écrits, déclarations ou conférences, toute atteinte à l'honneur de la profession, toute publicité ou réclame personnelle, ou intéressant un tiers ou une firme quelconque, et d'une manière générale tout ce qui est incompatible avec la dignité individuelle et professionnelle d'un médecin.

Il doit également s'abstenir de fournir même indirectement, tous renseignements personnels susceptibles d'être utilisés aux fins ci-dessus.

Tout médecin, se servant d'un pseudonyme pour les activités se rattachant à sa profession, est tenu d'en faire la déclaration au conseil départemental de l'ordre.

Article 18. — Divulguer prématurément dans le public médical, en vue d'une application immédiate, un procédé de diagnostic ou de traitement nouveau et insuffisamment éprouvé, constitue de la part d'un médecin qui se livre à des recherches, une imprudence répréhensible, s'il n'a pas pris le soin de mettre ses confrères en garde contre les dangers de ce procédé.

Divulguer ce même procédé dans le grand public, quand sa valeur et son innocuité ne sont pas démontrés, constitue une faute.

Tromper la bonne foi des praticiens ou de la clientèle en leur présentant, comme salutaire ou sans danger, un procédé insuffisamment éprouvé, est une faute grave.

Article 19. — Il est interdit à un médecin inscrit au tableau de l'ordre d'exercer, en même temps que la médecine, toute autre activité incompatible avec la dignité professionnelle. Il lui est notamment interdit d'exercer tout autre métier ou toute autre profession susceptible de lui permettre d'accroître ses bénéfices par ses prescriptions ou ses conseils d'ordre professionnel.

Article 20. — Il est interdit à tout médecin qui remplit un mandat politique ou une fonction administrative d'en user à des fin professionnelles pour accroître sa clientèle.

Article 21. — Le médecin ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille.

Article 22. — Le ministère du médecin comporte l'établissement, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations ou documents dont la production est prescrite par la loi ou les règlements.

Titre II

Devoirs des médecins envers les malades

Article 23. — Le médecin, dès l'instant qu'il est appelé par le malade lui-même ou par un tiers à donner des soins à ce malade, et qu'il a accepté de remplir cette mission, s'oblige :

1° A lui assurer aussitôt tous les soins médicaux en son pouvoir et désirables en la circonstance, personnellement ou avec l'aide de tiers qualifiés ;

2° A avoir le souci primordial de conserver la vie humaine, même quand il soulage la souffrance ;

3° A agir toujours avec correction et aménité envers le malade et à se montrer compatissant envers lui.

Article 24. — Le médecin peut, compte tenu des articles 4, 5 et 7, se dégager de sa mission, en se conformant aux prescriptions de l'article 25, à condition :

1° De ne jamais nuire, de ce fait, au malade dont il se sépare ;

2° De fournir les renseignements qu'il juge en sa conscience, utiles à la continuité des soins.

Article 25. — Appelé d'urgence près d'un mineur ou autre incapable, et lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement de son représentant légal, le médecin doit user immédiatement de toutes ses connaissances et de tous les moyens dont il dispose pour parer au danger menaçant ; il ne peut cesser ses soins qu'après que tout danger est écarté ou tout secours inutile, ou après avoir confié le malade aux soins d'un confrère.

Article 26. — Hors le cas prévu à l'article précédent, le médecin attaché à un établissement comportant le régime de l'internat doit, en présence d'une affection grave, faire avertir les parents et accepter ou provoquer, s'il le juge utile, la consultation du médecin désigné par le malade ou sa famille.

Article 27. — Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

Article 28. — Le médecin est toujours libre de ses prescriptions en restant dans les limites imposées par les conditions où se trouvent les malades. Il ne doit en conscience prescrire à un malade un traitement très onéreux qu'en éclairant le malade ou sa famille sur les sacrifices qu'il comporte et les avantages qu'ils peuvent en espérer.

Le médecin ne doit jamais donner à un malade des soins inutiles dans un but de lucre.

Article 29. — Le médecin, appelé à donner des soins dans une famille ou dans un milieu quelconque, doit assurer la prophylaxie et notamment, par ses conseils circonstanciés, mettre les malades et leur entourage en présence de leur responsabilité vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur voisinage. Il doit imposer, en refusant au besoin de continuer ses soins, le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie.

Article 30. — Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, sans compter avec le temps que lui coûte ce travail, et s'il y a lieu, en s'aidant ou se faisant aider dans toute la mesure du possible des conseils les plus éclairés et des méthodes scientifiques les plus appropriées. Après avoir établi un diagnostic ferme comportant une décision sérieuse, surtout si la vie du malade est en danger, un médecin doit s'efforcer d'imposer l'exécution de sa décision. En cas de refus, il peut cesser ses soins dans les conditions de l'article 24.

Article 31. — Un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade.

Un pronostic fatal ne doit lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection. Mais il doit l'être généralement à sa famille. Le malade peut interdire cette révélation ou désigner les tiers auxquels elle doit être faite.

Article 32. — Il ne peut être procédé à un avortement thérapeutique que lorsque la vie de la mère se trouvant gravement menacée, cette opération permet d'espérer sauver la vie de la mère.

On entend par avortement thérapeutique l'interruption provoquée de la grossesse dans un but thérapeutique, avant la date de viabilité fœtale.

A l'issue de toute consultation faite en exécution des prescriptions de l'article 87 du décret du 29 juillet 1939, en vue d'examiner la nécessité d'interrompre une grossesse, les trois médecins prenant part à la consultation doivent, indépendamment des trois certificats prévus par les dispositions législatives ci-dessus rappelées, dans le cas où l'avortement est décidé, et d'un certificat délivré à l'intéressée, rédiger dans tous les cas, quelle que soit la décision prise, un protocole donnant les raisons de celle-ci, et l'adresser sous pli recommandé au président du conseil départemental dont ces médecins font partie. Si ces médecins relèvent de conseils différents, un exemplaire de ce procès-verbal doit être adressé à chaque conseil départemental intéressé.

En cas d'indication d'avortement thérapeutique, et hors le cas d'extrême urgence, le médecin a l'obligation de se conformer aux règles suivantes :

1° Si la malade, dûment prévenue de la gravité du cas, refuse l'intervention, le médecin doit s'incliner devant la volonté librement exprimée de sa malade ;

2° Si le médecin sait que la malade consentante est mineure, il doit, avant de pratiquer l'intervention, s'efforcer d'obtenir le consentement du mari ou des membres de la famille exerçant la puissance paternelle ;

3° Si le médecin, en raison de ses convictions, estime qu'il lui est interdit de conseiller de pratiquer l'avortement, il peut se retirer en assurant la continuité des soins par un confrère qualifié.

Article 33. — Au cours d'un accouchement dystocique ou prolongé, le médecin doit se considérer comme étant le seul juge des intérêts respectifs de la mère et de l'enfant, sans se laisser influencer par des considérations d'ordre familial.

Article 34. — Quand au cours d'une consultation entre médecins les avis du consultant et du médecin traitant diffèrent essentiellement, le médecin traitant est libre de cesser les soins si l'avis du consultant prévaut.

Article 35. — Il est interdit à tout médecin d'abaisser ses honoraires dans un intérêt de concurrence au-dessous des barèmes publiés par les organismes qualifiés.

Il reste libre de donner gratuitement ses soins quand sa conscience le lui commande.

Article 36. — Le médecin doit toujours établir lui-même sa note d'honoraires ; il doit le faire avec tact et mesure.

Les éléments d'appréciation sont : la situation de fortune du malade, la notoriété du médecin, les circonstances particulières.

Un médecin n'est jamais en droit de refuser à son client des explications sur sa note d'honoraires.

Article 37. — Le forfait pour la durée ou l'efficacité d'un traitement est interdit, si ce n'est pour un accouchement, une opération chirurgicale, un traitement physio-thérapique, un traitement dans une station de cure ou dans un établissement de soins, ou une série d'interventions, dans des conditions fixées par le conseil départemental.

Article 38. — Il est d'usage qu'un médecin soigne gratuitement ses parents proches, ses confrères et les personnes à leur charge, le étudiants en médecine, le personnel à son service, ses collaborateurs et auxiliaires directs et ses amis intimes.

Le médecin ne commet aucune incorrection en acceptant de tous d'être indemnisé de ses frais.

Article 39. — La rencontre en consultation entre un médecin traitant et un médecin consultant légitime pour le premier des honoraires spéciaux.

Article 40. — La présence du médecin traitant à une opération chirurgicale lui donne droit également à des honoraires spéciaux, mais au cas seulement ou cette présence a été demandée par le malade ou sa famille.

Article 41. — Tout partage d'honoraires entre médecin traitant, d'une part, consultant, chirurgien ou spécialiste, d'autre part, lors d'une consultation ou d'un acte opératoire, est formellement interdit.

Chaque médecin doit présenter sa note personnelle.

En aucun cas, le chirurgien, spécialiste ou consultant ne peut accepter de remettre lui-même les honoraires au médecin traitant, mais il doit préciser que ces derniers ne sont pas compris dans la note.

L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires, même non suivi d'effet, constitue une faute professionnelle grave.

Article 42. — Le chirurgien a le droit de choisir son aide ou ses aides-opératoires, ainsi que l'anesthésiste. Les honoraires de ceux-ci peuvent, soit être réclamés par eux directement à l'opéré, soit figurer sur la note que le chirurgien remet à l'opéré. Toutefois, lorsque le chirurgien croit devoir confier les fonctions d'aide-opératoire au médecin traitant, celui-ci doit réclamer ses honoraires directement à l'opéré.

Article 43. — Le médecin consultant ou spécialiste qui a reçu à son cabinet un malade venu spontanément à l'insu de son médecin traitant, doit chercher à s'enquérir auprès du malade du nom de ce dernier, afin de lui faire part de ses observations et, éventuellement, de la possibilité d'une intervention, sauf opposition du malade.

Titre III

Devoirs des médecins en matière de médecine sociale

Article 44. — En dehors des devoirs généraux qui leur incombent en vertu des titres I et II du présent code à l'égard des malades relevant de collectivités et auxquels ils sont appelés à donner leurs soins, les médecins doivent, en matière de médecine sociale, se conformer aux dispositions du présent titre.

Ils sont tenus de prêter leur concours aux services de médecine sociale et de collaborer à l'œuvre des pouvoirs publics tendant à la protection et à la préservation de la santé publique.

Article 45. — L'exercice habituel de la médecine, sous quelque forme que ce soit, au service d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution de droit privé, doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

Tout projet de convention ou renouvellement de convention avec un des organismes prévus au paragraphe précédent, en vue de l'exercice de la médecine, doit être préalablement communiqué au conseil départemental intéressé. Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent code, ainsi que, s'il en existe, avec celles des contrats-types établis soit d'accord avec le conseil national et les collectivités ou institutions intéressées, soit conformément à des dispositions législatives ou réglementaires.

Le médecin doit signer et remettre au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle il affirmera sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre relative au contrat soumis à l'agrément du conseil.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux médecins placés sous le régime d'un statut arrêté par l'autorité publique.

Article 46. — Les médecins sont tenus de communiquer au conseil national de l'ordre, par l'intermédiaire du conseil départemental, les contrats intervenus entre eux et une administration publique ou une collectivité administrative. Les observations que le conseil national aurait à formuler sont adressées par lui au ministre dont dépend l'administration intéressée.

Article 47. — Sauf cas d'urgence, et sous réserve des dispositions législatives ou réglementaires relatives aux services médicaux et sociaux du travail, aucun médecin qui assure le service de la médecine préventive pour le compte d'une collectivité, n'a le droit d'y donner des soins, à moins qu'il ne s'agisse de malades astreints au régime de l'internat, auprès desquels il peut être accrédité comme médecin de l'établissement, ou d'œuvres, d'établissements ou d'institutions autorisés à cet effet dans un intérêt public par le ministère de la Santé publique et de la Population, après avis du conseil national de l'ordre des médecins. Dans tous les autres cas, il doit renvoyer la personne qu'il a reconnue malade au médecin traitant ou, si le malade n'en a pas, lui laisser toute latitude d'en choisir un. Cette prescription s'applique également aux médecins qui assurent une consultation publique de dépistage.

Il est interdit au médecin qui, tout en faisant de la médecine de soins, pratique la médecine préventive dans une collectivité ou fait une consultation publique de dépistage, d'user de cette fonction pour augmenter sa clientèle particulière. Dans le cas de la médecine d'entreprise, il ne doit, sauf impossibilités locales, exercer la médecine de soins que dans une zone suffisamment éloignée de la collectivité à laquelle il est attaché à temps partiel ; il doit s'abstenir de recevoir dans son cabinet ou de visiter à domicile un travailleur de cette entreprise, ou un membre de sa famille vivant sous le même toit, à moins que l'urgence des soins à donner justifie son intervention ou que son abstention ne conduise à conférer un monopole de fait à un autre praticien.

Article 48. — Nul ne peut être à la fois, sauf cas d'urgence, médecin contrôleur et médecin traitant d'un même malade, ni devenir ultérieurement son médecin, pendant une durée d'un an à compter de l'exercice à l'égard de ce malade du dernier acte de contrôle. Cette interdiction s'étend aux membres de la famille du malade vivant avec lui, et, si le médecin est accrédité auprès d'une collectivité, aux membres de celle-ci.

Article 49. — Le médecin contrôleur ne doit pas s'immiscer dans le traitement. Toutefois, si, au cours d'un examen, il se trouve en désaccord avec son confrère sur le diagnostic ou le pronostic et s'il lui apparaît qu'un symptôme important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé à son confrère, il doit le lui signaler personnellement.

Article 50. — Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle les intérêts d'un de ses clients, d'un de ses amis, d'un de ses proches ou ses propres intérêts sont en jeu, sauf accord des parties.

Titre IV

Devoirs de confraternité

Article 51. — Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité.

Celui qui a un dissentiment professionnel avec un confrère doit d'abord tenter de se réconcilier avec lui ; s'il n'a pu réussir, il peut en aviser le président du conseil départemental de l'ordre,

Article 52. — Il est interdit à tout médecin de s'attribuer abusivement, notamment dans une publication, le mérite d'une découverte scientifique.

Article 53. — Les médecins se doivent toujours entre confrères une assistance morale.

Il est interdit de calomnier un confrère, de médire sur lui, ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession.

Il est de bonne confraternité de prendre la défense d'un confrère injustement attaqué.

Article 54. — Une dénonciation formulée à la légère contre un confrère constitue une faute.

Une dénonciation calomnieuse est une faute grave.

Un médecin qui a acquis la preuve qu'un confrère a commis une faute grave contre la déontologie a le devoir de rompre toute relation professionnelle avec lui. Il ne peut donner les raisons de cette rupture qu'au président du conseil départemental.

Article 55. — Le détournement ou la tentative de détournement de clientèle est interdit.

Article 56. — Dans tous les cas où ils sont interrogés en matière disciplinaire, les médecins sont, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, tenus de révéler tous les faits utiles à l'instruction parvenus à leur connaissance.

Article 57. — Lorsqu'un médecin est appelé auprès d'un malade soigné par un de ses confrères, il doit respecter les règles suivantes :

Si le malade renonce aux soins du premier médecin auquel il s'était confié, le second médecin doit s'assurer de la volonté expresse du malade, prévenir son confrère et lui demander s'il a été honoré ;

Si le malade ne renonce pas aux soins du premier médecin mais, ignorant les règles et avantages de la consultation entre confrères, demande un simple avis, le second médecin doit d'abord proposer la consultation, assurer les seuls soins d'urgence, puis se retirer.

Toutefois, si pour une raison valable, la consultation paraît impossible ou inopportune, le second médecin peut examiner le malade tout en réservant à son confrère son avis sur le diagnostic et le traitement.

Si le malade a fait appel en l'absence de son médecin habituel à un second médecin, celui-ci doit assurer les soins pendant l'absence, les cesser dès le retour de son confrère et informer ce dernier de l'évolution de la maladie pendant son absence.

Article 58. — Un médecin peut, dans son cabinet, accueillir tous les malades, quel que soit leur médecin traitant et que la maladie soit aiguë ou non, sous les réserves indiquées à l'article 43.

Article 59. — Le médecin traitant d'un malade doit, en principe, accepter de rencontrer en consultation tout confrère inscrit au tableau de l'ordre, quand cette consultation lui est demandée par le malade ou sa famille.

Lorsqu'une consultation médicale est demandée par la famille ou le médecin traitant, celui-ci peut indiquer le consultant qu'il préfère, mais il doit laisser la plus grande liberté à la famille et accepter le consultant qu'elle désire, si la valeur de ce confrère est connue ; il doit s'inspirer avant tout de l'intérêt de son malade.

Le médecin traitant peut se retirer si on veut lui imposer un consultant qu'il refuse ; il ne doit à personne l'explication de son refus.

Les mêmes prescriptions sont valables pour le choix d'un chirurgien ou d'un spécialiste, ou d'un établissement de soins.

Il appartient au médecin traitant de prévenir le ou les consultants et de s'entendre avec eux sur le jour et l'heure de la consultation, sauf dans le cas où il s'est retiré.

Article 60. — A la fin d'une consultation entre deux ou plusieurs médecins, il est de règle que leurs conclusions rédigées en commun soient formulées par écrit signées par le médecin traitant et contresignées par le ou les consultants.

Quand il n'est pas rédigé de conclusions écrites, le consultant est censé admettre qu'il partage entièrement l'avis du médecin traitant.

Article 61. — Le médecin traitant et le médecin consultant ont le devoir d'éviter soigneusement au cours et à la suite d'une consultation de se nuire mutuellement dans l'esprit du malade ou de sa famille.

Article 62. — En cas de divergence de vues importante et irréductible au cours d'une consultation, le médecin traitant est en droit de décliner toute responsabilité et de refuser d'appliquer le traitement préconisé par le médecin consultant.

Si ce traitement est accepté par le malade, le médecin traitant peut cesser ses soins pendant toute sa durée.

Article 63. — Un médecin consultant ne doit jamais revenir voir un malade examiné en commun, en l'absence du médecin traitant ou sans son approbation, au cours de la maladie ayant motivé la consultation.

Article 64. — Un médecin ne doit en principe avoir qu'un seul cabinet.

Une dérogation à cette règle ne peut être accordée par le conseil départemental ou les conseils départementaux qu'en raison de l'intérêt des malades.

La dérogation ne peut être refusée si le cabinet doit être affecté à des consultations périodiques dans une agglomération où n'existe pas de médecin traitant ou, s'agissant d'un spécialiste, dans une agglomération où n'existe pas de praticien de la même spécialité. Cette autorisation cesse le jour où soit un médecin traitant, soit un spécialiste vient s'installer dans cette localité.

En aucun cas, un médecin ne peut avoir, en dehors de son cabinet principal, plus d'un cabinet accessoire.

Les médecins qui, à la date de la publication du présent règlement, ont plusieurs cabinets doivent, dans les deux mois de cette publication, demander l'autorisation de conserver les deux cabinets dans les conditions prévues au paragraphe 1er du présent article.

Article 65. — Il est interdit à un médecin de faire gérer par un confrère un autre cabinet.

Article 66. — L'exercice de la médecine foraine est interdit. On entend par médecine foraine l'exercice habituel et organisé de la médecine hors d'une installation professionnelle régulière.

Article 67. — Un médecin ne peut se faire remplacer temporairement dans sa clientèle que par un confrère ou par un étudiant remplissant les conditions prévues par la loi. S'il s'agit d'un étudiant ou d'un médecin non inscrit au tableau de l'ordre, le conseil départemental, informé obligatoirement et immédiatement, apprécie si le remplaçant présente les conditions de moralité nécessaires. Pendant la période de remplacement, l'étudiant ou le médecin relève de la juridiction disciplinaire de l'ordre.

Article 68. — Un médecin qui, soit pendant, soit après ses études, remplace un de ses confrères, ne doit pas s'installer pendant un délai de deux ans dans un poste où il puisse entrer en concurrence directe avec le médecin qu'il a remplacé, à moins qu'il n'y ait entre les intéressés un accord qui doit être notifié au conseil départemental.

Lorsque cet accord ne peut être obtenu, le cas peut être soumis au conseil départemental de l'ordre.

Article 69. — Un médecin ne doit pas s'installer dans l'immeuble habité par un confrère en exercice, sans l'agrément de celui-ci ou, à défaut, sans l'autorisation du conseil départemental de l'ordre, à moins qu'il ne s'agisse de spécialistes exerçant des spécialités différentes ou encore d'un médecin de médecine générale et d'un spécialiste.

La présente disposition n'entrera en vigueur que le 1er janvier 1951.

Article 70. — Toute association ou société entre médecins doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux.

Les projets de contrats doivent être communiqués au conseil départemental de l'ordre qui vérifie leur conformité avec les principes du présent code, ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats-types établis par le conseil national.

Article 71. — En dehors des services hospitaliers, il est interdit à tout médecin de se faire assister dans l'exercice normal, habi-

tuel et organisé de sa profession, sauf urgence et pendant une durée maximum d'un mois, d'un médecin travaillant sous le nom du titulaire du poste.

Article 72. — Tout médecin qui cesse d'exercer est tenu d'en avertir le conseil départemental qui cesse de le maintenir au tableau, en tant que membre actif.

TITRE V

Devoir des médecins envers les membres des professions paramédicales et les auxiliaires médicaux

Article 73. — Dans leurs rapports professionnels avec les membres des professions paramédicales, notamment les pharmaciens, les chirurgiens dentistes, les sages-femmes, les médecins doivent respecter l'indépendance de ceux-ci.

Ils doivent éviter tout agissement injustifié tendant à leur nuire vis-à-vis de leur clientèle, et se montrer courtois à leur égard.

Article 74. — Le médecin a le devoir de se montrer courtois et bienveillant envers les auxiliaires médicaux et de s'attacher à ne pas leur nuire inconsidérément.

Article 75. — Tout projet de contrat d'association ou de société ayant un objet professionnel entre un ou plusieurs membres de l'une des professions visées aux deux articles précédents, doit, après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins, être soumis au conseil national de l'ordre des médecins qui vérifie notamment si ce projet est conforme aux lois en vigueur ainsi qu'au code de déontologie médicale, et s'il respecte la dignité professionnelle du médecin.

TITRE VI

Dispositions diverses

Article 76. — Dans la pratique de sa profession, le médecin stomatologiste inscrit au tableau de l'ordre des médecins et qui figure sur la liste des docteurs en médecine justifiant de l'exercice habituel de l'art dentaire, doit respecter les devoirs généraux et mettre en exécution les règles et principes posés par le code de déontologie médicale et est tenu également, en raison de la spécialité qu'il exerce, de déférer aux règles et usages qui appartiennent en propre à la profession dentaire, et qui sont prescrits par son code de déontologie.

Article 77. — Toutes décisions, prises par les conseils départementaux en vertu des dispositions du présent code, peuvent être réformées ou annulées par le conseil national soit d'office, soit à la demande des intéressés, laquelle doit être présentée dans les deux mois de la notification de la décision.

Article 78. — Tout médecin, lors de son inscription au tableau doit affirmer devant le conseil départemental de l'ordre qu'il a eu connaissance du présent code et s'engager sous serment et par écrit à le respecter.

Article 79. — Les ministres de la Justice, de la Santé publique et de la Population, du Travail et de la Sécurité sociale, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 27 juin 1947.

Paul RAMADIER.

Par le président du conseil des ministres :

Le ministre de la Santé publique et de la Population,
R. PRIGENT

Le garde des Sceaux, ministre de la Justice,
André MARIE.

Le ministre du Travail et de la Sécurité sociale,
Daniel MAYER.

(*Journal officiel*, 28 juin 1947.)

Travail de la Clinique de Thérapeutique Chirurgicale de Strasbourg (Professeur René FONTAINE)

Epidurite staphylococcique chronique, laminectomie Guérison. Résultat de neuf ans

Par R. FONTAINE et R. JORIS

Parmi les pachyméningites hypertrophiques que Charcot avait décrites en 1871, puis Joffroy dans sa thèse inaugurale, qui date de 1873, Sicard isola en 1925 *l'épidurite staphylococcique*. Celle-ci revêt souvent un caractère primitif, c'est-à-dire qu'elle évolue en l'absence de toute ostéomyélite sous-jacente. Bientôt, à la suite du cas de Sicard et Paraf, d'autres observations furent rapportées notamment par de Martel et Guillaume et par Raymond Garcin, Petit-Dutaillis et Ivan Bertrand (1). Depuis les cas se sont multipliés et ces dernières années un peu partout des exemples typiques en ont été signalés. Citons rapidement au hasard de nos lectures les travaux de J. Dereux (2), de Vernejoul, Paillas et Recordier (3), Euzière, Pagès, Vidal, Duc et Boyer (4), Ferey et Wolinetz (5), Froment, Girard, Viallier et Savet (6).

L'épidurite staphylococcique, sans foyer vertébral décelable, mais toujours consécutive à une infection staphylococcique avérée, évolue tantôt sous *la forme aiguë*, tantôt sous *la forme chronique*. Elle se caractérise alors par un syndrome de compression médullaire analogue à celui des tumeurs. Seuls les antécédents staphylococciques permettent d'en supposer l'existence. Le plus souvent les malades ont souffert antérieurement d'ostéomyélites variées ; mais d'autres lésions staphylococciques, tel un panaris (de Martel-Guillaume) ou un vaste abcès staphylococcique de la fesse (Sicard et Paraf) peuvent en être le point de départ.

En 1938, l'un de nous avait eu l'occasion d'observer et d'opérer un de ces cas d'épidurite staphylococcique chronique. L'origine en fut des manifestations variées d'ostéomyélite. A cette époque ce malade fit l'objet de la thèse de notre élève M. Frantzen.

Un petit réveil infectieux dans son foyer huméral nous fournit récemment l'occasion de revoir ce malade. Du point de vue de la complication médullaire il reste entièrement guéri.

La longue période d'observation de ce malade justifie, croyons-nous, la publication de ce cas. Ne prouve-t-il pas que l'épidurite staphylococcique chronique, dont la notion est aujourd'hui bien établie, mais peut-être pas encore aussi répandue qu'elle le mériterait, peut définitivement guérir par la laminectomie avec ablation du tissu susdural scléro-inflammatoire.

Voici maintenant notre observation que nous ne ferons suivre d'aucun commentaire.

OBSERVATION. — Pfa... Albert.

Antécédents : en 1930, ostéomyélite de l'humérus gauche, coexistant avec une hydarthrose du genou gauche, ayant nécessité la mise en plâtre six mois durant.

Puis ostéomyélite de l'humérus droit.

Depuis 1934 :

Deux ou trois fois par an environ, phases de paraparésie, le

(1) Pour la bibliographie antérieure à 1939 voir la thèse de FRANTZEN : Contribution à l'étude des épidurites staphylococciques chroniques, Strasbourg, 1939.

(2) DEREUX J. Spondylite staphylo. avec paraplégie d'origine médullaire (*Journ. Sciences Méd. de Lille*, T. 60, n° 18, 6 septembre 1942, pp. 320-323).

(3) DE VERNEJOUL, PAILLAS et RECORDIER. Staphylococcémie évoluant depuis 10 ans. Epidurite lombaire avec méningite aiguë et paraplégie. Laminectomie (*Lyon Chirurgical*, T. 39, n° 2, mars-avril 1944, p. 222).

(4) EUZIÈRE, PAGÈS, VIDAL J., DUC W.-G. et BOYER F. Epidurite traitée par pénicilline, sulfamides et laminectomie (*Soc. d. Sciences Méd. et Biol. Montpellier et Languedoc Médiler.*, 8 fév. 1946 résumé in *Revue Méd. de France*, n° 1, 1946, p. 91).

(5) FEREY et WOLINETZ. Epidurite aiguë suppurée (*Soc. de Neurologie de Paris, Revue de Neurologie*, T. 75, n°s 9-10 ; sept.-oct. 1943, p. 246).

(6) FROMENT J., GIRARD P.-F., VIALLIER J. et SAVET. Les épidurites aiguës (*Journ. de Médecine de Lyon*, T. 24, n° 557, 20 mars 1943, p. 153).

forçant à rester couché, puis disparaissant complètement, et s'accompagnant de douleurs dans la région lombaire et de sensation de gonflement et de pression.

Depuis six semaines, paraplégie totale. Pas de douleurs dans les jambes, mais douleurs dans la région lombaire contracturée.

Examen en juin 1938 à la Clinique Neurologique (dir. Prof. Barré).

Examen général (10 juin 1938) : sp.

Malade apyrétique. Leucocytose : 6.200.

— Paraplégie spasmodique,
— Abolition de la motilité volontaire,
— Clonus des deux pieds et des deux rotules,
— Réflexes polycinétiques,
— Babinski bilatéral,
— Gros troubles de la sensibilité remontant jusqu'aux genoux.

Nerfs craniens sp.

Membres supérieurs sp.

Ponction lombaire en position assise. Pression 28.

Queckenstedt négatif.

Cellules 8,8.

Albumine 3 grammes.

Radiographie du 14 juin 1938, simple.

Colonne dorso-lombaire de face :

Légère scoliose dorsale moyenne et inférieure.

Colonne dorso-lombaire profil :

Effacement presque complet de l'espace intervertébral de D 10 à D 11.

Ostéosclérose du bord inférieur du corps de D 10 et du bord supérieur du corps de D 11.

16 juin 1938 :

Radiographie sur table basculante (tête basse) après lipiodol ascendant.

Goutelettes de lipiodol à la hauteur de la colonne lombaire et dorsale inférieure au niveau de D 9 et D 10, présence d'une grande partie du lipiodol avec une encoche à sa partie inférieure.

Aucune trace de lipiodol le long de la colonne dorsale, ni cervicale.

Profil : arrêt du lipiodol en D 9, D 10.

Admission à la Clinique chirurgicale A le 21 juin 1938.

Opération le 27 juin 1938 (professeur Fontaine, Dr Franzen).

Anesthésie locale.

Laminectomie de D 7 à D 12,

Intervention difficile à cause de la profondeur.

Après ablation des lames, on tombe sur un tissu dur, scléreux, qui s'insinue entre la dure-mère et l'os à partir de D 8 vers en haut. On élargit l'incision vers le haut jusqu'en D 5, et on enlève autant qu'on peut de ce tissu. A ce niveau, les lésions semblent dépassées.

Le tissu épidural prélevé est envoyé pour examen histologique et bactériologique :

Fermeture en plusieurs plans à la soie.

Suites opératoires normales. La plaie ne suppure pas. Le malade recouvre rapidement la motilité de ses jambes, il est transféré, le 18 juillet 1938, à la Clinique neurologique.

Examen du 18 juillet 1938 :

Syndrome pyramidal irritatif persistant aux deux jambes. Clonus des deux rotules et des deux pieds.

Babinski bilatéral.

Hypoesthésie des jambes par rapport aux cuisses.

Réflexes abdominaux non trouvés.

Le malade peut marcher.

Le 1er août 1938 ; démarche presque possible sans cannes. Traîne le pied gauche. Pas de douleurs.

Membres inférieurs ;

Réflexes polycinétiques.

Clonus du pied.

Ebauche de clonus de la rotule à gauche.

Aucun trouble de la sensibilité. Se tient facilement debout.

Quitte le 2 août 1938 la clinique neurologique.

Revu le 17 août 1938 :

Marche bien sans cannes. Démarche un peu raide. Clonus des deux pieds. Ebauche de clonus de la rotule à gauche.

Examen bactériologique du tissu épidural du 28 juin 1938 : Pas de microbes à l'examen direct. Culture stérile.

Examen anatomo-pathologique du tissu épidural prélevé le 27 juin 1938 : Tissu de sclérose dense contenant d'importants amas inflammatoires (Prof. Gery).

Ce malade a été revu en février 1947, soit près de 9 ans après son opération :

Il présentait à ce moment un petit réveil infectieux au niveau de son humérus.

Du point de vue neurologique il reste entièrement guéri. Il n'a plus jamais souffert, marche tout à fait normalement et ne présente aucune séquelle nerveuse. C'est donc une guérison complète, maintenue après 9 ans, que nous pouvons rapporter aujourd'hui.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

30 JUIN 1947

Vie en apnée dans un milieu d'oxygène pur. — MM. Léon Binet et M.-V. Strumza montrent chez le chien anesthésié au chloralose, qu'après dénitrogénation par l'oxygène et si l'on a soin de laisser la trachée de l'animal en connexion avec un réservoir d'oxygène pur, l'anoxie est évitée en cas d'arrêt respiratoire. La dénitrogénation complète exige plus de six heures, mais la plus grande partie de l'azote sanguin et plasmatique est éliminée après une demi-heure d'inhalation d'oxygène pur et la vie en apnée est rendue possible pendant plusieurs heures. Pendant ce temps, le CO^2 s'accumule dans l'organisme ; dans le plasma, il passe de 46,9 volume pour 100 à 73,7 volume en une heure et à 88,9 en deux heures. Le pH s'abaisse jusqu'à 6,8. Le rapport du chlore globulaire au chlore plasmatique s'élève passant en deux heures de 0,55 à 0,75. La prolongation de l'apnée est empêchée par l'apparition de l'atélectasie pulmonaire que l'on peut vaincre par une insufflation intra-trachéale. Lorsque la cause déterminante de l'apnée est suspendue, on note un retour rapide à la normale des mouvements respiratoires et du syndrome biologique.

Effets variables de la pénicilline. — M. Javillier apporte une note de M. Rivière et de ses collaborateurs qui ont observé sur 90 cobayes les effets variables de la pénicilline sur le B. K.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1947

Réactions tissulaires de nature allergique provoquées par une endotoxine bactérienne. — MM. A. Delaunay, J. Lebrun, J.-P. Kerneis et M. Delaunay. — Des injections répétées de faibles doses d'endotoxine typhique entraînent chez le cobaye l'apparition de réactions tissulaires importantes. On observe d'une part une hypertrophie du cortex surrénal (avec aspect vasculaire des cellules de la couche fasciculée) et, d'autre part, des lésions inflammatoires diffuses, aiguës, subaiguës ou chroniques, particulièrement nettes dans les organes lymphoïdes. Les auteurs estiment que de telles réactions sont de nature allergique et qu'elles méritent d'être considérées comme les conséquences d'actes de défense de l'organisme. Ils discutent à ce propos de l'intérêt qui paraît s'attacher au syndrome décrit par M. Selye sous le nom de réaction d'alarme.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

SÉANCE DU 1er JUILLET 1947

Rapport au nom de la Commission sur l'épilation esthétique, acte professionnel. — M. Bourguignon.

Activité curative de la streptomycine dans la tuberculose expérimentale de la souris. — MM. Levaditi et Vaisman. — Agent des plus efficaces contre la tuberculose expérimentale de la souris, la streptomycine ne détruit pas entièrement les bacilles mais arrête leur pullulation en bloquant l'équipement enzymatique gouvernant la multiplication ; les défenses de l'organisme peuvent donc prendre le dessus sur les microbes en bactériostase. Les germes, phagocytés, subissent des altérations involutives ; les lésions tissulaires tendent à un type de défense par enkystement. Malgré la survie des animaux les organes gardent pourtant leur virulence et les suppressions de traitement amènent des récidives dans 21 à 35 % des cas. Constatations analogues à ce qui est observé en clinique. — **Discussion** : M. H. Vincent.

De l'association de syndrome parkinsonien et de syndrome amyotrophique avec contractions fibrillaires d'origine encéphalique probable rappelant la sclérose latérale amyotrophique. — MM. H. Roger et Cain (de Marseille).

Présentation d'une table anthropométrique universelle. — M. Verdun (présentation faite par M. Guillain).

La cutiréaction à la tuberculine lors de l'incorporation de la classe 1946. — M. le Méd. général Debenedetti. — Plus de 92.000 recrues de la classe 1946 ont été soumises à la cutiréaction. Le pourcentage (48,14 %) des réactions négatives est plus élevé qu'antérieurement ; les réactions négatives sont plus fréquentes qu'antérieurement en milieu citadin ; les pourcentages ruraux sont sans changement.

Après six mois, sur 2.500 négatifs du début, 13 % ont « viré » sans aucune manifestation clinique ni radiologique.

Il est souhaitable que la prémunition par le B. C. G. soit étendue à l'armée.

La périartérite noueuse. — M. Nicaud. — Affection se traduisant par des signes de polynévrite algique, des troubles urinaires avec hématurie, une fièvre irrégulière, des nodosités dermiques ou hypodermiques de sièges divers et une profonde atteinte de l'état général. Les artères présentent des lésions des tuniques moyenne et externe qui peuvent provoquer des infarctus profonds avec toutes leurs conséquences.

Les formes cliniques, très nombreuses, rendent le diagnostic souvent très malaisé. La marche, le plus souvent subaiguë, peut aussi être chronique et très prolongée.

L'étiologie est très obscure ; les travaux les plus récents font état de phénomènes d'hypersensibilité possible peut-être d'origine infectieuse. Aucun traitement efficace n'est actuellement connu.

Election de deux correspondants nationaux. — MM. Jean Delmas, professeur d'anatomie à la Faculté de Montpellier et Le Chuiton, médecin général de 1re classe, directeur du Service de Santé de la marine, sont élus correspondants nationaux dans la section de biologie.

Vacances. — La séance du mardi 15 juillet n'aura pas lieu.

Les séances publiques de l'Académie seront suspendues durant les mois d'août et de septembre. (La dernière séance aura lieu le 29 juillet, la séance de rentrée le 7 octobre 1947.)

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 25 juin 1947

Trente observations anciennes de rupture de l'urètre membraneux. — M. Sabadini a utilisé systématiquement l'urétrographie ascendante et rétrograde qui lui a donné de précieux renseignements pré-opératoires. La réfection de l'urètre est effectuée sur tube de caoutchouc.

M. Couvelaire utilise également le tuteur qui est indispensable pour permettre une réfection correcte.

Traitement des ostéomyélites prolongées par les opérations plastiques (d'après 20 observations). — M. Merle d'Aubigné montre les différents problèmes posés par les ostéites de guerre ; il faut commencer par faire un évidement extrêmement complet de la cavité, pour éviter la réinfection de la surface avivée, il faut mettre à son contact un tissu mou bien vascularisé : lambeau musculaire ou cutané ou si la chose n'est pas possible greffe cutanée libre. Secondairement, il faut en pareil cas remplir la cavité au moyen de greffes spongieuses prélevées sur l'os iliaque et il est nécessaire de recouvrir ces greffes au moyen d'un lambeau cutané bien vascularisé.

M. Sorrel croit qu'il ne faut pas assimiler au point de vue thérapeutique les ostéites par blessure et les cavités secondaires à une véritable ostéomyélite d'origine hématogène.

Traitement du cancer de la vessie par implantation d'aiguilles de radium. — M. R. Darget montre que très peu de tumeurs de la vessie sont justiciables de la cystectomie partielle ; à la cystectomie totale M. Darget préfère utiliser l'implantation du radium : 160 cas avec 38 % de survie depuis 5 ans. Il s'agit d'une opération minutieuse qui nécessite une excellente préparation.

Présentation d'un film en couleur. — M. Darget.

Séance du 2 juillet 1947

Perforation de l'utérus au cours d'une pyométrie causée par un cancer du corps. — M. R. Dupont rapporte cette observation dans laquelle la perforation se fit progressivement sous l'influence de la distension de la paroi par le pus accumulé dans la cavité utérine.

Cancers de la verge. — M. Sabadini a observé dix cancers de la verge en cinq ans, dont un sarcome et neuf épithéliomas. Tous ces malades avaient été préalablement traités par le radium. L'amputation partielle de la verge constitue une bonne opération ; l'auteur préfère l'émasculation totale avec constitution d'un urètre périnéal à l'amputation totale de la verge.

Amputation sous anesthésie par réfrigération. Technique de Allen. — M. Baumann précise les indications et la technique de cette méthode qui a l'avantage d'être une anesthésie globale et physique : elle est atoxique et antichoc. La réfrigération n'altère pas les tissus sains et prolonge la survie des tissus ischémiés.

Au point de vue technique le garrot étant placé sur le membre, celui-ci est entouré complètement de glace jusqu'à un niveau supérieur de 6 centimètres de celui auquel on doit intervenir ; la durée de la réfrigération est de 3 à 4 heures et la durée de l'anesthésie obtenue d'au moins une heure. La présence d'un garrot n'est d'ailleurs pas indispensable pour certains auteurs.

Baumann apporte de nombreuses statistiques américaines qui montrent que cette méthode abaisse considérablement la mortalité des amputations pour gangrène sénile et des amputations pour traumatismes graves des membres.

Résultats du traitement des exstrophies vésicales en particulier par l'opération de Coffey. — MM. Fèvre et Barcat apportent les résultats éloignés de 18 opérations de Coffey ; 8 opérations plastiques antérieures n'avaient donné aucune continence. 14 résultats éloignés ont donné 12 résultats parfaits et 2 médiocres au point de vue continence.

M. Calvet est élu membre associé parisien de l'Académie.

ACADÉMIE DE PHARMACIE

Séance du mercredi 2 juillet 1947

Pharmacométrie de quelques dérivés hydrogénés et bromés de la papavérine. — M. A. Quevauviller. — La papavérine, la perparine et leurs dérivés dihydro et dihydrobromo ont été étudiés au point de vue de leur toxicité (souris) et de leur action spasmolytique, musculotrope (intestin isolé de lapin). La dihydrobromoperparine a le coefficient thérapeutique le plus élevé.

Sur la localisation de l'arsenic dans les cheveux. — MM. V. Bruster, P. Bourbon et R. Vignes. — En raison de l'existence d'un seuil d'élimination de l'arsenic par les cheveux, il est utile de déterminer parallèlement l'arseniémie.

Sur l'acide benzoylpyruvique. I. Différences d'action de la semicarbazide et de la thiosemicarbazide. II. Transformation inattendue de la monosemicarbezone. — MM. E. Cattelain et P. Chabrier.

Les hormones végétales et leur importance en phytopharmacie. — F. Lagarce.

L'emploi des insectes dans l'essai des anesthésiques volatils. — M. R. Charonnat. — Examen des données numériques qui peuvent permettre de caractériser les anesthésiques : temps d'assoupissement, valeur de la constante de Haber : $c \times t =$ constante.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 20 mai 1947

Malformations congénitales et maladie éruptive. — MM. R. Debré, Mande et Nouaille présentent un enfant de 7 ans atteint de cataracte droite et d'un double souffle cardiaque ; le point étiologique important est l'existence chez la mère d'une maladie éruptive au cours du premier mois de la grossesse.

Nævus pigmentaire géant congénital évolutif chez un enfant de 3 ans. — MM. Briskas et Mathey présentent cet enfant dont le nævus est remarquable par son étendue et par son aspect polymorphe, plan, verruqueux, pileux ou hyperkératosique suivant les places. Son accroissement est d'autre part rapide.

Remarques sur le mécanisme de la syphilis congénitale, à propos d'un couple de jumeaux dizygotiques, l'un contaminé, l'autre indemne. — M. Lamy, Mlles Jammet et Labesse rapportent l'observation de deux jumeaux dont l'un est atteint de syphilis certaine et dont l'autre est indemne, avec sérologie négative et absence de toutes lésions osseuses radiologiques. Ils discutent le mécanisme de la contamination et pensent que la barrière placentaire n'est pas forcément franchie par une syphilis virulente : la disposition vasculaire joue peut-être un rôle dans ce cas particulier.

24 cas de syphilis congénitale précoce. Clinique et thérapeutique. — M. Lamy, Mlles Jammet et Labesse rapportent 24 observations de syphilis du nourrisson, ce qui représente un pourcentage inférieur à 1 %. Plus de la moitié de ces cas étaient florides malgré l'existence de lésions certaines. Ils soulignent l'intérêt de la sérologie et de l'exploration radiographique du squelette très souvent positive même dans les formes latentes. Ils insistent sur la sévérité du pronostic expliquée par l'étendue et la gravité des lésions ; la mortalité atteint près de 50 % des cas malgré le traitement pénicilliné associé aux autres agents chimiques.

Encéphalopathie congénitale avec troubles du tonus neuro-musculaire vraisemblablement consécutive à une intoxication par l'oxyde de carbone. — M. Zourbas.

Sur deux observations de kala-azar traitées par le 2168 R. P. — M. Boucomont (de Montpellier) rapporte deux observations de kala-azar infantile, dont l'une était compliquée de septicémie à staphylocoques, et qui ont toutes deux guéri après échec des thérapeutiques habituelles par le 2168 R. P.

Sur la syncaïne intraveineuse dans les toxicoses d'après 200 observations. — M. Boucomont (de Montpellier) a traité 173 toxicoses par des injections intraveineuses de syncaïne répétées trois ou quatre fois par jour avec 98 décès et 75 guérisons. En combinant cette thérapeutique avec la méthode de Karelitz, il y a eu 15 guérisons et 4 décès seulement. Cette méthode ne dispense pas du traitement étiologique s'il y a lieu.

La lymphocytose coquelucheuse. — M. J. Bernard rappelle que le diagnostic hématologique de la coqueluche se base sur une forte lymphocytose absolue supérieure à 10.000 éléments, qui permet le diagnostic précoce dans 70 à 75 % des cas et dicte en temps utile les mesures prophylactiques nécessaires.

Il fait l'étude critique de ces lymphocytoses et les compare à celles qu'on peut également rencontrer dans l'enfance au cours de la leucose lymphoïde, des hémopathies bénignes aiguës, des réticuloses pulmonaires bénignes, de l'otite aiguë du nourrisson à titre exceptionnel et enfin dans certains états physiologiques.

L'existence des affections dans lesquelles coexistent des troubles respiratoires, une forte leucocytose et une moelle normale mérite d'être connue et permet d'esquisser le groupe des syndromes pneumo-lymphocytaires.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 18 avril 1947

A propos de la réduction des luxations de l'épaule. — M. Weber présente un cas de luxation intra-coracoïdienne de l'épaule droite, compliquée de fracture incomplète du col anatomique. Le procédé de Mothe, qu'il emploie habituellement, n'a pas permis la réduction, qui fut obtenue très facilement par la manœuvre de Kocher.

L'auteur pense qu'il n'y a pas lieu de condamner cette méthode systématiquement.

Eventration diaphragmatique à forme anémique. — M. Le Gac, à propos d'un cas de volvulus venant compliquer une hernie diphragmatique, reprend l'étude de ces hernies. Il insiste sur leur période de latence souvent prolongée, avec signes d'anémie et leur intolérance survenant souvent brutalement à l'occasion d'une complication.

Un cas de myélomatose diffuse. — MM. F. Masmonteil et J. Leuret relatent l'observation de ce cancer diffus du squelette, du type hématopoïétique. Ils rappellent les caractères anatomiques de cette tumeur maligne et diffuse de la série myéloïde, souvent de la série plasmocytaire.

La myélomatose diffuse frappe, d'emblée et de façon disséminée, tout le tissu médullaire.

Cliniquement, on assiste souvent à des fractures pathologiques et, en particulier, à une paraplégie par effondrement vertébral. La douleur présente souvent des rémissions et des exacerbations.

Les signes biologiques ont une grande importance pour le diagnostic. Augmentation des protéines du sang, albumosurie qui est la conséquence directe de l'hyperprotéinémie.

Les Journées Médicales de Bruxelles

21-25 juin 1947 (1)

Cette formule si heureuse des « Journées Médicales » a été trouvée, il y a 26 ans, par le très regretté Dr René Beckers : depuis, elle a fait le tour du monde. A Bruxelles, elle a obtenu un succès toujours grandissant, grâce aux efforts incessants de leur créateur, secondé par les Drs Léopold Mayer et Raoul Bernard. Forts de leur réussite constamment accrue, dotés d'une énergie et d'un optimisme sans pareils, ces organisateurs émérites n'avaient pas craint de reprendre ces réunions après cinq années d'interruption dès la fin du cataclysme. Au sortir de la bataille, elles eurent lieu en l'honneur des médecins des armées alliées ; mais, l'année dernière, nous assistâmes à leur résurrection magnifique : comme autrefois, l'élite du monde scientifique avait répondu avec joie à l'appel si cordial de nos grands amis belges.

(1) *La Gazette des Hôpitaux* remercie son éminent confrère du *Concours Médical*, M. le médecin général Fischer, qui a bien voulu la représenter à Bruxelles et lui adresser ce compte rendu. — N. D. L. R.

Cette année, dans cette belle cité de Bruxelles, en pleine et heureuse renaissance, se sont déroulées les Journées Médicales en leur 21e session, avec un succès encore plus grand que précédemment. 24 nations y étaient représentées. Nous le devons aux efforts tenaces des Drs Léopold Mayer, général Sillewaerts, Charles Mayer et Loicq, qui ont su nous rendre inapparentes les difficultés sans nombre, qu'ils ont dû surmonter.

***

Le 21 juin, en présence de la Reine Elisabeth et de nombreux représentants du corps diplomatique s'est tenue au Palais des académies, la séance solennelle d'inauguration des Journées Médicales de Bruxelles. M. Verbist, ministre de la Santé publique, en ouvrant la séance, rendit hommage à la Reine, salua les congressistes au nom du Gouvernement et souligna les buts hautement humains de travaux, tels que ceux que le comité organisateur a institués à Bruxelles. Après une allocution de M. Cox, recteur de l'Université libre de Bruxelles, le professeur Levaditi, qui dirigeait la délégation française, rappela le dévouement de la Reine Elisabeth au cours de la guerre 1914-1918, qui n'eut d'égal que celui du Roi Albert.

Ensuite, le professeur Weil, Président des Journées Médicales, fit un rapide bilan des découvertes scientifiques, qui ont jalonné la vie scientifique des hommes, atteignant maintenant 60 ans. Parlant de la grande révolution pastorienne, l'orateur retraça avec humour le chemin parcouru, chemin complexe avec de multiples détours, avec victoires précaires, aux espoirs parfois déçus. Après avoir traduit la marche audacieuse et quelquefois incertaine de la science, il en vint aux plus récentes découvertes, les vitamines, les sulfamides, la pénicilline. Mais, ajouta-t-il, les microbes se défendent avec astuce ; ils opposent à chaque arme offensive un procédé de défense inattendu. Maintenant c'est au tour de la physique de faire une brutale intrusion dans la biologie. On utilise les corps radio-actifs comme remèdes ou comme indicateurs. : chapitre nouveau, qui vient à peine de s'ouvrir et qui peut dominer d'ici dix ans toute la biologie et par conséquent toute la médecine. Nos prédécesseurs, ajoute l'orateur, avaient eu la vie plus facile, puisque on ne leur offrait qu'une doctrine par siècle. Il nous faut, nous, modifier tous les cinq ans, voire tous les ans, notre manière de voir et de raisonner. Que sortira-t-il de cette accumulation de faits ? Nous voulons croire, car les médecins sont par nature optimistes, que ce sera le salut de l'humanité, et non pas son désastre.

Le professeur J. Bordet développa ensuite la conférence sur Pasteur et l'esprit scientifique. Le génie de Pasteur est si vaste que, quoi qu'on dise, il reste toujours quelque chose à exposer. Et l'esprit scientifique est chose si complexe et délicat qu'il est bon d'en examiner souvent les aspects. L'orateur montra les qualités exceptionnelles de l'attitude de Pasteur devant la Science. La curiosité crée le goût de la recherche. « Savoir s'étonner à propos », disait l'illustre savant. « Le hasard sert généralement ceux qui lui donnent, par leur persévérance, le plus d'occasion de se manifester, ajoutait-il. Et lui-même se livrait à des méditations prolongées, parfois traversées d'intuitions fulgurantes. Tels sont quelques-uns des facteurs qui créent et accompagnent l'esprit scientifique. Il faut cependant éviter l'idée préconçue et l'esprit de parti, erreurs auxquelles l'homme s'oppose quand il s'affranchit de l'expérience. « La nature est presque toujours autrement faite que nous ne l'avions pressenti. » Dans Pasteur, à côté de l'homme de science, il y avait l'homme sensible, de sentiment et de foi. « Tout ce qui est grand est beau. » Et c'est cette double qualité d'homme de Science et de cœur que le professeur Bordet proposa à l'admiration des élites intellectuelles.

***

Laissant leurs travaux scientifiques pour une distraction plus mondaine, les participants des Journées Médicales se sont rendus le 21 juin au soir à l'Hôtel de Ville. Le bourgmestre, médecin lui-même, présidait cette réception, qui se déroulait dans les fastueux salons du Palais de la Grand-Place. On admira les trésors de la célèbre maison communale ; on dansa sous les lambris un peu austères de la salle gothique.

***

Un banquet réunissait dimanche soir, 22 juin, 350 congressistes à l'Hôtel Métropole dans un cadre splendide. A la table d'honneur, autour du président professeur Weil, avaient pris place un grand nombre de notabilités, ministres du Gouvernement de Belgique, ambassadeurs, professeurs. A l'heure des toasts, M. Weil déclara que le corps médical se réjouissait d'une évolution de la profession médicale qui fera disparaître ce qu'on a pu appeler la médecine pour les pauvres et la médecine pour les riches. Le ministre de la Santé Publique déclara que l'ordre des médecins, récemment instauré, est le symbole de l'estime dont jouit le corps médical en Belgique. La préoccupation principale est à l'heure actuelle de rénover l'organisation de la médecine, sans faire une étatisation de la profession, on arrivera à ce que les malades soient mieux soignés, et les médecins mieux payés. Enfin il a été créé près du ministre, pour le documenter à tout moment, un Comité consultatif, réunissant des représentants qualifiés de la médecine, des industries, et de tous les organismes intéressés. Le ministre de la Justice, le professeur Rist, vice-président de l'Académie de Médecine de France, le professeur Amsler, de Zurich, le Dr Jones, délégué du Luxembourg, prononcèrent ensuite des allocutions très applaudies.

Le lundi 23 juin, dans la grande salle du Palais des Beaux-Arts, était donné un concert symphonique par le grand orchestre de la B. B. C. de Londres, sous la direction de Sir Adrian Boult, qui le dirige depuis sa création en 1930. Cet orchestre, composé de 120 exécutants obtint le plus grand succès. On y entendit notamment en première audition en Belgique, le Concerto en ré mineur de William Walton, représentant de la jeune école anglaise, avec le concours du violoniste belge Arthur Grumiaux. Enfin le 25 juin, la journée de clôture fut consacrée à une excursion à Anvers, avec visite des Hôpitaux Sainte-Elisabeth et de Stuyvenberg, de l'Ecole de Médecine tropicale, du préventorium de Brasschaet. Après une réception à l'Hôtel de Ville, une visite de la maison de Rubens, un thé servi au Cercle Médical, on entendit une intéressante conférence sur la défense de la ville contre les V1 par le colonel Armstrong, des M.S.A., commandant de la défense anti-aérienne active d'Anvers, en 1944-1945.

G. Fischer.

CHRONIQUE

Une conférence du Dr Poumailloux sur la médecine en A. O. F.

Au retour d'un voyage que les circonstances l'ont amené à faire récemment en A. O. F., le Dr Poumailloux, médecin des hôpitaux, a fait à la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine, dont il est le trésorier, une intéressante conférence qui inaugurait le Cercle Syndical d'Etudes récemment organisé. En une trop courte randonnée au Sénégal, en Guinée Française, au Soudan, en Libéria, le Dr Poumailloux a beaucoup vu, beaucoup entendu, beaucoup remarqué. Ayant beaucoup appris, il a su donner de l'existence présente en A. O. F. et en particulier de la médecine et des médecins coloniaux et même civils, français et aussi indigènes, de très intéressants aperçus.

On voudrait qu'une telle conférence contribuât à dissiper des préjugés et à instruire des ignorances, à persuader aussi certains que l'indépendance prématurée n'est ni un progrès ni un bienfait et que notre œuvre en A. O. F., dont nous pouvons être fiers dans l'ensemble, nous impose un devoir de persévérance.

Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins

A propos du timbre des certificats

Paris, le 2 juillet 1947.

Le montant des sommes versées par le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins aux confrères ayant fait appel à sa section d'entraide s'est élevé, pendant le premier semestre 1947, à environ 2.500.000 francs ; une aide importante a pu ainsi être accordée, pendant la première partie de l'année, à des familles médicales éprouvées par la maladie ou par la mort, 95 orphelins, 74 médecins âgés, 47 veuves, ont pu être soutenus par des bourses.

Le Conseil départemental rappelle aux médecins de la Seine que la continuation de cette œuvre de solidarité, particulièrement effective dans notre département, dépend de la vente du timbre et uniquement de la vente du timbre (la part de cotisation versée chaque année par les médecins et destinée à l'entraide étant réservée à l'action du Conseil National et non au Conseil départemental).

Or, les timbres peuvent être apposés sur tous les certificats que les médecins sont amenés à délivrer et non pas seulement sur les certificats de régime. Toutes les attestations sur papier libre peuvent être l'occasion de l'apposition d'un timbre. En y pensant chaque jour, le Corps médical de la Seine contribue à la survivance de ce minimum de sécurité qu'est la Section d'Entraide du Conseil départemental.

A toutes les demandes justifiées émanant de nos Confrères, il a été permis cette année de répondre de façon véritablement efficace. Certains d'entre eux, particulièrement éprouvés, ont été entièrement aidés par la Section d'Entraide. Cette forme de solidarité ne doit pas voir diminuer ses ressources parce que les certificats de régime (comme il est souhaitable d'ailleurs) diminuent eux-mêmes.

Il faut penser au timbre chaque fois que l'on rédige un certificat ou une attestation. C'est ainsi que les médecins conserveront à leur profession cette possibilité de sauvetage vraiment providentielle en notre époque difficile.

LIVRES NOUVEAUX

Les leucoblastoses aleucémiques. Etude nosologique, par le Dr Louis Bertrand (de Montpellier). Un vol. gd in-8° de 260 pages. Librairie Maloine, Paris, 1946.

Dans cet important ouvrage, travail du Laboratoire de Pathologie générale de la Faculté de Montpellier, l'auteur aborde une question qui, depuis quelques années, a pris une actualité toute nouvelle.

Après une partie consacrée aux généralités, l'auteur aborde les aspects hématologiques qui sont la base de son travail.

Il consacre les parties suivantes aux aspects cliniques et aux aspects histologiques.

A l'appui de ces descriptions, l'auteur apporte quinze observations complètes de leucoblastoses aleucémiques, enfin, il termine par un essai sur les relations nosologiques des leucoblastoses aleucémiques.

Un remarquable exposé synthétique et une bibliographie considérable terminent ce bel ouvrage qui fait grand honneur à l'auteur et aux maîtres montpelliérains qui l'ont inspiré.

L.

Histoire naturelle de l'Esprit, par E. Techoueyres, directeur honoraire de l'Ecole de Médecine de Reims. Une plaq. de 80 pages. Librairie J.-B. Baillière et fils, Paris, 1946.

Cet intéressant ouvrage, écrit par un médecin qui a poussé très loin, dans ses ouvrages antérieurs, l'étude de la vie, est consacré d'abord au problème de la genèse de l'esprit.

L'auteur étudie ensuite les qualités de l'esprit qui dérivent des caractères de la vie, puis l'esprit et la vie psychologique, enfin il termine par un essai de la libération de l'esprit.

Pénicilline. Pour le médecin praticien. Précis de posologie américaine, par J. Fromols. Un volume in-8° raisin (25,5 × 16,5) de 184 pages : 240 fr. — 10 % = 216 fr. Yves Demailly, éditeur-libraire, 8, rue Georges-Maertens, Lille.

L'auteur, auquel l'anglais semble être aussi familier que sa langue maternelle, a composé un résumé de toutes les études cliniques concernant la pénicilline parues pendant les trois premières années de son utilisation aux U. S. A. et en Angleterre.

Il a écrit pour le praticien : ses résumés théoriques, brefs, mais suffisants, n'occupent que 60 pages. Ils sont suivis de 90 pages de tableaux posologiques et de comptes rendus de traitements, très précis, classés alphabétiquement par maladies. Cette façon d'ordonner une matière protéiforme a conduit évidemment à des voisinages d'un aspect quelquefois paradoxal ; mais elle fera gagner un temps précieux à ceux qui consulteront ce recueil.

Ce livre est indispensable au médecin qui termina ses études avant 1946 et n'eut ainsi jamais l'occasion de voir utiliser la pénicilline par ses maîtres. Il fournira à l'étudiant comme à l'interne des références immédiatement accessibles. Mais il sera surtout pour l'omni-praticien et pour le médecin des campagnes un répertoire d'un usage facile et rapide.

De ci de là l'auteur, entraîné par un goût visible pour l'analyse et la recherche, a ajouté quelques études plus approfondies, par exemple, sur l'endocardite d'Osler, sur les méningites, les septicémies, la syphilis. Ces chapitres contiennent des statistiques et des faits montrant bien que la pénicillothérapie a déjà subi une évolution, et que depuis trois ans, on a réalisé des progrès dans la compréhension de la bonne posologie du grand antibiotique.

L'auteur s'est particulièrement attaché au côté bibliographique de la question, et sa liste de 30 pages de travaux américains, anglais et français est bien la plus complète publiée à ce jour.

L'éditeur a donné à ce répertoire un aspect plaisant et bien ordonné, et le prote a remporté un succès peu banal en reproduisant d'innombrables noms, expressions et abréviations anglaises sans les estropier.

(L)

Dépôt légal. — 1947. — trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 29. — SAMEDI 19 JUILLET 1947 — 120e ANNEE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France	356 fr.
au lieu de	375 fr.
Un an : étudiant	190 »
au lieu de	200 fr.
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

Hôpitaux
Concours hospitaliers

La Direction départementale de la Santé à Nevers annonce que des concours auront lieu dans les hôpitaux de Paris, au cours de la deuxième quinzaine de septembre, pour la nomination de médecins, chirurgiens et spécialistes des hopitaux-hospices de la Nièvre.

Les places à pourvoir sont les suivantes :

Nevers. — Hôpital Général : 1 médecin ophtalmologiste ; 1 médecin O. R. L., 1 médecin du Service des convalescents et des consultations externes ; 1 radiologue.

Clamecy. — Hôpital-Hospice : 1 médecin-chef ; un chirurgien-chef.

Les concours pour les différents postes à l'hôpital général de Nevers auront lieu sur titres et sur épreuves, ceux pour les postes à l'hôpital-hospice de Clamecy, sur titres seulement.

Les candidats devront faire parvenir avant le 5 septembre 1947, à la Direction Départementale de la Santé, 64, rue de la Préfecture, à Nevers, un dossier comprenant :

1° Une demande mentionnant leur nom, prénoms et adresse et précisant le poste pour lequel ils désirent concourir ;

2° Un extrait d'acte de naissance ;

3° Un certificat attestant leur inscription à un tableau de l'Ordre des Médecins;

4° Un exposé dactylographié de leurs titres scientifiques, ainsi que des services antérieurs qu'ils pourraient faire valoir, accompagné de toutes pièces justificatives. Les candidats déposeront en s'inscrivant six exemplaires de leur exposé de titres.

Légion d'honneur (ANCIENS COMBATTANTS)

OFFICIER : Dr Bérard (D. M. G.)
CHEVALIER : Dr Rabant (F.), Dr Sliosberg.

Légion d'honneur (P. T. T.)

OFFICIER : Dr Teisseire (J. A. O.).

Médaille de la Reconnaissance française

Médaille de bronze : MM. les Drs Etcheverry, à Montfort-sur-Risle et Gondrand, à Tullins ; Mlle le Dr Rosenstock, à Nice.

Santé publique

Commission consultative des thérapeutiques nouvelles. — Une commission chargée de donner son avis sur la valeur des thérapeutiques nouvelles ne faisant pas l'objet de publications dans la presse professionnelle ou devant les sociétés savantes est instituée au ministère de la Santé publique et de la Population.

La commission, présidée par un conseiller d'Etat, comprend des représentants de l'Académie de Médecine, de l'Institut Pasteur, de l'Institut du Cancer, des doyens des Facultés de Médecine et de Pharmacie, les professeurs de thérapeutique, de la clinique de la tuberculose, de pharmacologie, le directeur général de la Santé ainsi que différentes personnalités désignées en raison de leur situation ou de leurs travaux personnels (J. O., 11 juillet.).

Maladies à déclaration obligatoire. — La tularémie est ajoutée sous le n° 23 à la liste des maladies à déclaration obligatoire, telle qu'elle a été fixée par le décret du 16 mai 1936. (J. O. 12 juillet 1947.)

Masseur gymnaste médical. — Le J. O. du 9 juillet 1947 publie le décret n° 47-1279 du 7 juillet relatif à la réglementation de la profession de masseur gymnaste médical.

Sanatoriums. — Par arrêté, en date du 1er juillet 1947, M. le Dr Levrel, médecin-adjoint au sanatorium de Plougonven (Finistère), a été mis à la disposition de M. le ministre de l'Intérieur en vue de son affectation à un établissement de cure d'Algérie.

Avis de vacance

Un poste de médecin-adjoint est actuellement vacant aux Sanatoriums de la Seine, à Hauteville (Ain).

Les candidatures devront être adressées dans un délai de trois semaines, à compter de la publication du présent avis, au ministère de la Santé Publique et de la Population, direction de l'Administration générale du Personnel et du Budget, 3- bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Education nationale

Hygiène scolaire et universitaire. — Le poste de Médecin départemental de l'Hygiène scolaire dans la Haute-Saône et quelques postes de médecins examinateurs scolaires à temps complet (médecins de secteurs) dans le Doubs, le Jura et la Haute-Saône, sont actuellement vacants.

Pour tous renseignements et candidatures, s'adresser d'urgence à M. le Médecin Inspecteur Régional de l'Hygiène scolaire et universitaire, Jardin Botanique, Besançon (Doubs).

La Maison de la Médecine

Installée depuis sa fondation dans un bel hôtel de l'avenue de l'Observatoire, la Maison de la Médecine se trouve brutalement mise à la rue.

Foyer et centre de relations culturelles mis à la disposition des étudiants en Médecine, gérée par des étudiants de tous les horizons, elle a donné entièrement satisfaction. Aussi les étudiants sont-ils vivement émus à la pensée que leur restaurant, leur bibliothèque, leurs salles de lecture et de loisirs, les divers services sociaux et culturels ont fermé leurs portes le 15 juillet.

Maintes démarches ont été faites pour trouver un local, en vain.

Grâce à l'hospitalité de leurs camarades littéraires, les étudiants en Médecine pourront cependant retrouver, en septembre prochain, un souvenir de leur maison, dans quelques pièces mises à leur disposition par la Maison des Lettres, 6, rue Férou, Paris (6e).

Mais leur restaurant qui servait plus de six cents repas par jour et qui, ouvert

par leurs soins en 1944, n'avait cessé de prendre de l'importance, va disparaître, et bien d'autres activités avec lui !

Espérons que cette vie léthargique ne sera que très provisoire et que nous verrons bientôt revivre une « Maison des Etudiants en Médecine » plus florissante que jamais, les étudiants en Médecine comptent sur leurs amis pour les aider à faire revivre cette maison.

Groupement des médecins sinistrés et spoliés de la région parisienne

Une première réunion d'information et d'échange de vues a eu lieu le 6 juillet 1947 et a réuni environ cent vingt confrères. Un comité provisoire a été désigné, placé sous la présidence d'honneur du Dr Girard.

En attendant la création d'un secrétariat permanent, pour tout renseignement ou adhésion éventuelle, écrire provisoirement au Dr André Bloch, O. R. L. de l'hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris.

Congrès mondial de la famille et de la population. — Le congrès a eu lieu à Paris, sous le haut patronage de M. le Président de la République, du 22 au 29 juin dernier.

Le congrès était présidé par le Dr Maurice Monsaingeon, président de l'Union nationale des associations familiales.

Après la séance d'ouverture, présidée par M. Robert Prigent, ministre de la Santé publique et de la Population, on a entendu une conférence du Dr Ernest L. Stabbins, de la John Hopkins University de Baltimore, suivie d'une conférence du délégué du gouvernement tchécoslovaque.

Le soir et le lendemain ont eu lieu des réunions consacrées à l'étude du niveau de vie des familles, du logement familial, des relations entre parents et enfants et du travail de la femme.

Une réception à l'Hôtel de Ville fut suivie des conférences de M. Pierre Laroque sur Sécurité sociale et Famille et de Lady Rhys Williams, déléguée britannique.

Le 25 juin on entendit une conférence de M. de Boer (de La Haye), sur la vie de famille dans les Pays-Bas et une conférence de M. Sauvy, sur « l'Enfant devant l'impôt ».

Le 26 juin eut lieu une réception par M. le ministre de la Santé publique.

Le 27 juin on entendit deux conférences : M. Peyssard parla de la Vie de famille et de son rôle dans l'éducation ; M. Veillard (de Lausanne), parla du Problème de la famille en Suisse.

Enfin le 28 juin eut lieu la séance de clôture, sous la présidence de M. Verbist, ministre de la Santé publique et de la Famille de Belgique.

M. Paul Archambault exposa le rapport général sur le congrès.

Des visites de réalisations sociales d'un haut intérêt eurent lieu au cours de ces journées, notamment : du Groupe de réalisations sociales de la ville de Suresnes et l'Hôpital Henri Poincaré, de Garches ; la Caisse d'Allocations Familiales de la Région Parisienne, de la rue Viala ; les Laboratoires du Docteur Debat : un atelier de travail féminin ; le Lycée Claude-Bernard et Centre médico-pédagogique et la Bibliothèque enfantine de l'Heure Joyeuse.

Les médecins coloniaux belges

Notre excellent confrère Bruxelles Médical donne les renseignements suivants sur la situation matérielle des médecins coloniaux belges :

Les médecins sont admis au service de la Colonie en qualité de médecin de 3e classe aux appointements annuels de 70.000 francs, augmentés d'une indemnité annuelle de 9.000 francs. Ces traitements sont actuellement majorés de 75 %.

La carrière s'étend sur 22 ans de service effectif et donne droit à une pension de retraite proportionnelle au nombre d'années de service et au traitement moyen des deux dernières années. Les périodes de service effectif sont de 3 ans suivies d'un congé de six mois avec traitement égal aux deux tiers. La carrière peut être réduite à 15 ans et, dans ce cas, la pension est évidemment diminuée dans une proportion équivalente.

Il est toutefois possible d'obtenir un engagement de 5 ans hors cadre. Au cours de leur contrat, les intéressés peuvent demander leur admission sous le régime du statut des fonctionnaires et des agents de la Colonie.

Les conditions d'admission sont les suivantes : avis favorable des médecins examinateurs du Département, résultat favorable de l'instruction de la candidature, réussite des examens de sortie de l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers. Ces cours sont gratuits et s'étendent sur quatre mois.

Ci-dessous les avantages principaux consentis :

1° Avances sur traitement — récupération en Afrique par douzième — d'un mois et demi à deux mois et demi, d'après la situation de la famille ;

2° Gratuité des voyages Anvers-Congo et Congo-Anvers en 1re classe ;

3° Gratuité des voyages aller et retour pour la femme et les enfants régulièrement autorisés à accompagner ou rejoindre le mari ou le père ;

4° Augmentation de traitement et promotions suivant les mérites ;

5° Gratuité du logement, des soins médicaux et des médicaments ;

6° Bénéfice des indemnités familiales pendant la durée du congé.

Par suite des majorations temporaires, le traitement initial et l'indemnité sont portés respectivement à 122.500 francs et à 15.750 francs outre une indemnité mensuelle de vie chère de 2.000 francs.

AVIS

Prière de joindre à toute communication la dernière bande d'adresse.

Changement d'adresse : 10 francs.

Nous rappelons que tous les numéros anciens, c'est-à-dire antérieurs à 1947, sont vendus uniformément au prix de 7 francs (abaissé à 6 francs).

Un hôpital suisse à Paris. Notre confrère de Genève « Médecine et hygiène » annonce la création prochaine à Paris, avec l'appui de M. Burckhardt, ministre de Suisse, d'un hôpital suisse. D'importantes contributions ont déjà été recueillies à cet effet parmi les membres de la Société helvétique de bienfaisance de Paris.

Union internationale contre la tuberculose

A l'occasion de la première réunion d'après-guerre du Conseil de Direction de l'Union Internationale contre la Tuberculose, la séance scientifique suivante aura lieu à l'Institut Pasteur : le mardi 29 juillet, à 17 heures, sous la présidence de M. le Dr Tréfouel, « Etat actuel des recherches sur la streptomycine », par le Dr Corwin Hinshaw.

Cours

Un cours préparatoire au diplôme d'Etat de Massage et Gymnastique Médicale sera organisé cette année encore dans le cadre de l'Enseignement de la Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie de la Faculté de Médecine de Paris. Les étudiants en médecine qui suivront cet enseignement recevront un certificat particulier.

Renseignements et inscriptions à l'Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sevres, Paris, chaque jour de 9 heures à 11 heures, à partir du 12 juillet et jusqu'au 1er septembre.

Médecins présents à Paris pendant les vacances

Pédiatrie. — Dr Maurice Kaplan, médecin des hôpitaux, Maillot 14-94. Présent à Paris jusqu'au 31 août 1947 — absent à partir du 1er septembre.

Chirurgie. — Dr Pierre Lance, chirurgien des hôpitaux, 16, rue de Phalsbourg. Téléphone : Carnot 95-99. Présent à Paris pendant août et septembre.

Médecine générale. — Dr Maurice Le Sourd, assistant en médecine des hôpitaux, 93, rue Saint-Lazare.

Présent à Paris à partir du 8 août 1947.

Orthopédie. — Dr Marcel Lance, 5, rue Daubigny. Téléphone : Wagram 06-79. Sera absent pendant les mois d'août et de septembre.

Nécrologie

Nous avons appris avec tristesse le décès survenu à Paris, à l'âge de 92 ans, de Mme Alfred Lemierre. Nous prions son fils, le professeur André Lemierre, Mme André Lemierre et leurs enfants de recevoir l'expression de notre très affectueuse et douloureuse sympathie.

Remerciements

Dans l'impossibilité de répondre à tous les confrères qui ont bien voulu leur écrire les Drs François et Louis Le Sourd les prient de trouver ici l'expression de leur vive gratitude.

Les répercussions électrocardiographiques de l'épreuve de l'adrénaline intraveineuse au cours des maladies infectieuses

Par MM. Linquette, J. Desruelles, A. Bourgeois
(Lille)

L'étude électrocardiographique systématique au cours des maladies infectieuses, a révélé très souvent, des altérations plus ou moins passagères des tracés, alors que les examens cliniques et radiologiques étaient absolument négatifs. Mais, inversement, l'on a été fréquemment surpris d'enregistrer des graphiques absolument normaux alors que l'atteinte cardiaque était évidente.

C'est pourquoi l'on a tenté de serrer de plus près le problème du retentissement cardiaque des maladies infectieuses en ayant recours aux différents procédés d'exploration fonctionnelle du cœur.

Parmi les diverses substances pharmacodynamiques, une, l'adrénaline, est incontestablement l'une des plus utilisées.

Elle a d'abord été employée par voie intra-musculaire, mais celle-ci s'est révélée infidèle et dangereuse.

Infidèle, en raison de l'irrégularité de la vitesse de résorption, dangereuse, surtout à cause des à-coups tensionnels. C'est ainsi que Laubry a vu survenir un état de mal angineux et que Picard et Perrin ont observé un cas de rupture de l'aorte chez un sujet néphrétique mais indemne de syphilis.

Aussi, à la suite de Daniélopolu, Diliberto et Petzétakis, l'on a donné la préférence à la voie intraveineuse.

Riser et ses collaborateurs ont repris cette technique mais en la codifiant soigneusement. Ils injectent en 3 secondes 1/60e de milligramme d'adrénaline Clin dans un centimètre cube de sérum physiologique.

Cette dose, qui pour eux est optima, permet d'obtenir des renseignements intéressants sans risque d'accident, même chez des hypertendus cardiaques avérés.

C'est en raison de son innocuité, que nous avons décidé de pratiquer l'épreuve de l'adrénaline intraveineuse, de façon quasi systématique au cours des maladies infectieuses.

Nous avons utilisé exactement la technique de Riser chez 80 malades, et jamais nous n'avons observé d'incident sérieux. Des troubles divers apparaissent environ 10 secondes après l'injection et durent une minute. Ce sont, tout d'abord, une pâleur généralisée, qui, chez les scarlatineux en pleine éruption, ne laisse pas d'être impressionnante, et ensuite toute une série de troubles fonctionnels et subjectifs : sensation de battements intracraniens, palpitations, dyspnée parfois angoissante.

On constate souvent un tremblement fin qui gêne la prise de l'électrocardiogramme.

Nous avons utilisé l'appareil fluoroscopique de Lian et Minot qui permet de suivre le tracé de façon continue.

Ainsi que le conseille Scherf, nous avons observé l'électrocardiogramme pendant au moins 10 minutes.

Nous avons comparé les répercussions électrocardiographiques de l'épreuve de Riser chez 19 sujets atteints de maladies infectieuses diverses se répartissant comme suit :

3 cas de septicémie à staphylocoque, 3 de septicémie à streptocoque, 1 cas d'endocardite d'Osler, 1 de R.A.A., 1 cas de pneumopathie aiguë, 1 de pleurésie putride, 3 de tuberculose pulmonaire, 1 cas de diphtérie, 1 de typhoïde, 1 de scarlatine, 1 d'oreillons, 1 d'ictère grave et 1 cas d'artérite gonococcique.

Huit malades qui avaient un électrocardiogramme normal, n'ont présenté aucune modification de leur tracé après l'injection intraveineuse d'adrénaline.

L'enregistrement chez les onze autres sujets a révélé diverses anomalies.

Toutefois, il faut tenir compte du fait, que parmi ces 11 sujets deux étaient des cardiaques avérés (R.A.A., Osler, et que quatre avaient au départ un électrocardiogramme plus ou moins modifié (1 cas de staphylococcémie, 2 cas de streptococcémie, 1 cas de typhoïde).

Enfin, chez les 5 derniers malades les perturbations des tracés n'apparaissent qu'après l'injection d'adrénaline.

Les troubles graphiques observés peuvent se classer sous trois rubriques.

1° *Les troubles du rythme.*

Nous avons noté l'apparition d'extrasystoles du type auriculaire (staphylococcémie E.C.G. normal avant intraveineuse d'adrénaline), ventriculaire (typhoïde), ou polymorphe (maladie d'Osler, augmentation de fréquence des extrasystoles ; pneumopathie, aiguë E.C.G. normal avant l'intraveineuse d'adrénaline).

Dans un cas nous avons assisté à la substitution progressive d'un rythme infra nodal au rythme sinusal (typhoïde) ;

2° *Les anomalies des complexes.*

Elles ont été plus ou moins importantes.

Dans 7 cas nous avons noté l'apparition ou l'accentuation de crochetages de l'onde ventriculaire rapide.

On a également assisté à l'apparition d'une dénivellation du segment S.T. (scarlatine, un cas de tuberculose pulmonaire) ou à l'accentuation du décalage du segment S.T. (Osler 1 cas de septicémie à streptocoque).

Chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire, on a vu l'onde T devenir négative, tandis que chez le malade porteur d'endocardite d'Osler, on observait une accentuation de la négativité de l'onde T.

Par contre chez le malade atteint de R.A.A., en période de convalescence, l'injection intraveineuse d'adrénaline déterminait une augmentation du voltage de l'onde T ;

3° *Les modifications de la conduction auriculo-ventriculaire.*

Chez le malade atteint de R.A.A., on a observé à la suite de l'injection d'adrénaline I.V. un allongement de l'espace P.R. qui est passé de 14/100e de seconde à 18/100e de seconde.

Au cours d'une pneumopathie aiguë, alors que l'E.C.G. était absolument normal, on a vu apparaître après l'injection I.V. d'adrénaline des périodes de Luciani Wenckebach absolument typiques.

Tels sont les résultats que nous avons enregistrés, voyons maintenant comment on peut tenter de les expliquer.

Deux facteurs semblent à retenir ; d'une part l'injection I.V. d'adrénaline réalise une véritable période d'effort par la vaso constriction périphérique et l'augmentation de la masse sanguine qu'elle entraîne, et d'autre part, elle a une action neurotrope indiscutable quoique difficilement appréciable.

Au cours d'expérimentation chez des sujets non cardiaques, Petzetakis et Diliberto ont obtenu des troubles du rythme et des modifications morphologiques de P et de T avec des doses faibles allant de 1/100e à 1/10e de mmgr. Avec des doses plus fortes de 1/10 à 1/4 de mmgr. ils ont vu apparaître la dissociation auriculo ventriculaire.

Petzetakis invoque comme pathogénie essentielle de ces troubles l'action vagotrope prédominante de l'adrénaline par voie intraveineuse, Diliberto retient surtout des modifications du régime circulatoire.

Quoiqu'il en soit, si bon nombre des déformations électrocardiographiques, que nous avons enregistrées, relèvent de l'épreuve d'effort, certaines ne peuvent s'expliquer par ce mécanisme. Et en particulier l'apparition de périodes de Luciani Wenckebach chez une femme jeune, atteinte de pneumopathie aiguë, au cœur cliniquement et radiologiquement sain, et à l'électrocardiogramme normal.

D'ailleurs le dérèglement et la susceptibilité du système neuro-végétatif au cours des maladies infectieuses, sur lesquels ont insisté de nombreux auteurs, est un argument de plus en faveur de notre interprétation.

Quel que soit le mode d'action de l'adrénaline par voie intraveineuse, nous pensons qu'elle constitue à la dose recommandée par Riser, une épreuve d'exploration fonctionnelle cardiaque d'autant plus précieuse qu'elle est sans danger.

Traitement de la trachéite par aérosols

Par M. J. Tabart et Mlle Boulleau

On connaît la fréquence, depuis quelques années, de ces toux quinteuses, rebelles à la thérapeutique ordinaire, que l'on qualifie communément de « trachéites ».

Elles apparaissent le plus souvent au décours d'un rhume, d'un refroidissement, et passent rapidement à la chronicité. Bénignes par elles-mêmes, ces affections ont une évolution particulièrement traînante : pendant plusieurs semaines. Elles peuvent entraîner, par leur répétition, des troubles importants de la motricité et de la ventilation pulmonaire. Il est donc du plus haut intérêt de ne pas les négliger.

Le hasard nous a permis d'essayer un traitement par aérosols médicamenteux, dont l'efficacité nous surprit. En 48 heures, notre première malade ne toussait plus et ne ressentait aucune gêne. Quelque temps après, un autre cas fut traité de manière analogue : la trachéite était guérie après trois séances d'aérosols. Et un mois après, nos malades étaient toujours en excellent état. Très intéressés, nous avons poursuivi l'expérimentation de ce traitement sur plusieurs autres cas.

Quels sont les éléments de traitement de la trachéite?

Il semble que l'on doit combattre, à la fois un facteur infectieux et un facteur spasmodique.

Le caractère infectieux des affections est indéniable. La trachéite est le plus fréquemment d'origine grippale (nous n'avons pas observé de trachéite d'emblée). L'infection gagne électivement le carrefour rhino-pharyngé, d'où elle suit un trajet descendant. Elle peut rester localisée à un certain niveau de la muqueuse trachéo-bronchique, constituant ainsi un foyer d'infection « suspendu » : elle ne s'accompagne d'aucun signe de localisation pulmonaire.

Les relations de continuité entre les muqueuses rhino-pharyngée et trachéo-bronchique expliquent la fréquence des infections trachéales : l'irritation prolongée des voies respiratoires supérieures par des agents divers provoque un œdème chronique du tissu élastique, une hypersécrétion des cellules glandulaires de la muqueuse.

Le froid est sans conteste un facteur déterminant de l'irritation chronique de la trachée. Il est aussi une cause, par réflexe, du déséquilibre neuro-végétatif se manifestant par l'allure spasmodique de la toux.

Ces toux quinteuses se rencontrent en effet dans les villes, chez les personnes habituées à un chauffage uniforme et brusquement exposées à des inégalités de température.

Il existe pour certains une véritable épine irritative, toutes causes d'irritation (poussières, fumée) déclenchent des secousses de toux spasmodique.

Il nous semble que la thérapeutique doit viser en premier lieu à rétablir la perméabilité de la muqueuse (l'imperméabilité entraînant l'état congestif des tissus). Nous associons donc à un sympatho-mimétique variable, l'atropine qui relâche les muqueuses ; la vascularisation se trouve rétablie et l'exsudation tarie.

L'adjonction d'un anti-spasmodique opiacé nous a paru très recommandée dans certaines formes émétisantes. Sous l'action de ces aérosols médicamenteux conjugués, le malade se sent rapidement dégagé ; les efforts de toux s'estompent.

Nous employons ensuite un aérosol anti-infectieux à dose massive pendant une certaine durée. L'aérosol de pénicilline, malgré les pertes importantes (70 %), a toujours donné des résultats merveilleux. Nous avons fait, dans certains cas, deux séances de traitement par jour, mais nous avons eu des résultats aussi intéressants avec une seule dose massive et renouvelée pendant trois jours consécutifs. Nous recherchons là une action de contact désensibilisante. Nous avons remarqué, dans certains cas, combien les malades se sentent calmés par l'action locale de la pénicilline.

Nous avons pensé qu'il était intéressant de publier quelques-unes de nos observations, dont la guérison s'est toujours montrée radicale après trois jours de traitement.

1° Mme E..., 21 ans. Tousse depuis fin octobre, suite d'un rhume. L'an dernier, la toux s'était installée de la même façon et avait duré tout l'hiver. Le jour, la toux est sèche, survenant par secousses expiratoires très pénibles, sans raison ou après un mouvement. Elle est précédée de chatouillements pharyngés déchaînant les quintes. La nuit, la toux est aboyante, « inutile », sans expectoration, réveillant tous les voisins plusieurs fois la nuit

A l'examen pulmonaire, rien de pathologique. Il s'agit d'une toux extrapulmonaire, de siège trachéal, semble-t-il.

Le premier jour, nous avons fait un aérosol bronchodilatateur aleudrine et sulfate d'atropine, durant une demi-heure, puis morphine et 30.000 unités de pénicilline (toujours en aérosol).

Le deuxième jour, même aérosol broncho-dilatateur, morphine et 50.000 unités de pénicilline. La malade ne toussait plus durant la nuit (toux très légère et grasse une ou deux fois simplement).

Le lendemain matin, nous lui avons refait une troisième séance (broncho-dilatateur, morphine, 50.000 unités de pénicilline). La malade était complètement débarrassée. Elle n'a pas retoussé depuis déjà deux mois.

2° Le petit L..., 11 ans,, tousse depuis novembre 1946. Ses parents nous le signalent comme très fragile des bronches. Dès qu'il prend froid, la toux ne s'arrête plus pendant plusieurs mois. Il s'agit d'une toux quinteuse, de jour et de nuit, surtout fréquente aux changements d'atmosphère, après un mouvement.

Caractère intéressant : cette toux ramène un peu d'expectoration. Il n'y a pas de fièvre ; aucun signe d'auscultation.

Nous lui avons fait un aérosol broncho-dilatateur aleudrine, sulfate d'atropine, pantopon et 50.000 unités de pénicilline 2 séances par jour pendant deux jours : une à 11 heures, l'autre à 16 heures.

La première nuit, le petit malade n'avait presque pas toussé. Le lendemain après-midi, quelques efforts de toux isolés, ne ramenant pas d'expectoration.

Le troisième jour, l'enfant ne toussait plus du tout. Nous savons par la famille qu'il a passé une fin d'hiver sans tousser.

3° Mme V..., 52 ans. Nous avions vu cette malade 10 jours auparavant pour une toux rebelle qui traînait depuis 2 mois. En raison de son éloignement, nous lui avions proposé un traitement banal, lui offrant de la traiter plus tard par aérosols s'il n'y avait pas d'amélioration.

La toux était toujours aussi fatigante, de nuit et de jour.

Nous ne pouvions la faire venir qu'une seule fois par jour. Durant 4 jours de suite, nous lui avons fait un aérosol broncho-dilatateur durant 1/2 heure, puis morphine et 50.000 unités de pénicilline.

Le lendemain, la malade nous a appris que la toux était « mûre ».

Le 3e jour, elle s'est mise à cracher durant une journée, puis les phénomènes de toux cessèrent brusquement. Huit jours après, elle était toujours en excellent état.

4° Mlle S..., 25 ans, est une de nos clientes depuis longtemps. Nous la voyions tousser constamment depuis près de deux mois (déjà l'an dernier elle avait eu une toux rebelle pendant tout l'hiver). Depuis qu'elle s'était enrhumée, elle ressentait des « titillements » de la gorge, qu'elle attribuait à une pharyngite granuleuse. La chaleur d'une pièce l'irritait particulièrement.

Nous ne lui trouvions aucune granulation dans la gorge, rien aux poumons. Nous attribuâmes donc cette toux à une trachéite.

Quatre jours de suite nous lui avons fait des aérosols broncho-dilatateurs, morphine et pénicilline (30.000 unités), soit 100.000 unités de pénicilline en tout. Comme nos malades précédents, notre malade ne toussait plus qu'un peu le matin du deuxième jour d'une manière plus grasse, puis la toux disparaissait complètement.

Elle fit une légère récidive dix jours après. Elle toussa trois jours de suite, sans raison apparente, puis la toux cessa aussi vite qu'elle était apparue.

5° Mlle D..., 6 ans 1/2. Nous connaissons la mère, traitée pour asthme. Sa fille ne présentait pas de symptômes asthmatiques, pas de toux spasmodique véritable, mais une prédisposition aux rhumes, et la toux s'en mêlait pendant des mois chaque hiver.

Elle tousse depuis bien avant Noël. A l'examen, pas de râles sibilants bronchiques, pas d'asthme.

Nous ne l'avons traitée que pendant deux jours. Le premier jour, une séance de bronchodilatateur pendant 1/2 heure, puis pantopon et 50.000 unités de pénicilline. Le 2e jour, 2 séances semblables, une à 14 heures, l'autre à 18 heures.

Elle ne toussait déjà plus le soir du 2e jour.

Le 3e jour elle ne revient pas, quittant Paris pour le Jura, d'où on écrivait qu'elle n'avait présenté aucun symptôme de toux depuis.

6° M. P..., électricien, 43 ans. Ce malade a été envoyé par un confrère au courant de notre expérimentation. Il présentait une toux émétisante, à la suite d'un rhume (3 mois auparavant), comme l'an dernier. Il était tellement gêné qu'il s'était arrêté de travailler, les quintes survenant après tout mouvement et au contact des poussières.

Nous n'avions trouvé aucun signe pulmonaire. Habitant loin, nous ne lui avons fait qu'une séance par jour, 5 jours de suite, soit un aérosol bronchodilatateur d'une demi-heure, morphine et 50.000 unités de pénicilline. Nous craignions un échec, dans cette forme particulièrement sévère, aussi avions-nous tablé sur une plus grande durée.

Mais le quatrième jour il ne toussait plus. Il est revenu, par sécurité, le cinquième jour. C'est un de nos plus beaux résultats.

7° Mme P..., 43 ans, tousse depuis le début de l'hiver, la nuit et le jour. Elle craignait une évolution tuberculeuse. Nous la rassurons et nous lui faisons quelques aérosols.

Elle vient 4 jours de suite prendre une séance d'aérosol bronchodilatateur, morphine et pénicilline (150.000 unités en tout). Son état a évolué très rapidement : en 3 jours elle était débarrassée de sa toux.

8° Mme C..., 40 ans. Envoyée par une de nos clientes, elle vient nous voir pour qu'on la débarrasse de ses quintes. Elle ne dort pas depuis plusieurs semaines. Sa toux est particulièrement pénible : elle devient rouge et fait des efforts violents pour se débarrasser des mucosités qui semblent l'irriter et qui ne viennent toujours pas. Elle est enrouée tous les soirs à 20 heures.

En l'examinant, nous avons l'impression qu'en plus d'une trachéite, il y a un léger degré d'insuffisance respiratoire chronique. Nous la prévenons que dans ce cas nous redoutons de ne pas la soulager autant que s'il s'était agi d'un épisode subaigu, post-grippal, uniquement.

Nous avons fait venir notre malade 2 fois par jour durant 3 jours : 1/2 heure de bronchodilatateur, morphine et 50.000 unités de pénicilline chaque fois, soit 200.000 unités en tout.

Nous avons eu la surprise de voir les quintes cesser complètement dans la nuit du 2e jour de traitement. Nous devons dire qu'il lui reste cependant des habitudes de « râclements de gorge », qu'elle avait contractées depuis longtemps.

9° M. G... Ce malade vient nous voir pour sa toux qui dure depuis déjà un mois. Il avait contracté un rhume de cerveau qui, dit-il, lui est tombé dans la gorge. En quarante-huit heures, il se mit à tousser et à cracher. Depuis, son état est resté stationnaire. Il avait eu les mêmes symptômes l'an dernier. Actuellement, toux rauque ; il ne présente aucun signe pulmonaire.

Nous avons fait venir ce malade 2 fois par jour, durant deux jours : bronchodilatateur 1/2 heure, morphine et pénicilline 200.000 unités en tout.

Notre malade ne tousse plus depuis.

10° Mme B... La malade tousse depuis 3 semaines : toux quinteuse, par salves répétées, au passage d'une pièce chauffée à une autre, à l'occasion d'un mouvement ou simplement par irritation continuelle. Nous ne rencontrons aucun symptôme pulmonaire, pas d'inflammation bronchique.

Nous avons pu lui faire deux séances d'aérosol bronchodilatateur, morphine et pénicilline (200.000 unités en tout), pendant trois jours.

Cette malade a été complètement débarrassée de sa toux. Nous lui avions demandé de revenir en cas de récidive.

11° Mme L... Nous avons commencé un traitement, il n'y a que quelques jours. La malade tousse comme chaque année (hiver). Elle attribue, elle aussi, à des granulations une certaine irritation de la gorge qui la force à tousser et à expectorer. Les quintes ne sont pas très fortes, mais continuelles, et, en dehors des quintes, la malade cherche toujours à se débarrasser de ses mucosités.

A été améliorée aussitôt après sa première séance. La sensation d'irritation continuelle de la gorge était bien calmée (cette action désensibilisante de la pénicilline a été très souvent remarquée dans nos différents traitements), la malade ne toussant plus que le matin pour s'éclaircir la voix.

Nous avons eu la satisfaction de la voir nous quitter guérie.

12° Il s'agit là d'un cas douteux. La toux était apparue avec les grands froids de — 10° et semblait liée au gel. Nous avons fait cependant un traitement avec bronchodilatateur, morphine et pénicilline (150.000 unités), durant 3 jours. Nous avons surveillé de près l'évolution de cette toux, qui cessait le 4e jour. Mais il nous était difficile de conclure, car la température s'était alors subitement radoucie.

En conclusion, l'utilisation d'aérosols appropriés dans le traitement des trachéites d'origine grippale est du plus haut intérêt. Sur douze cas traités par Mlle Boulleau et moi-même, dix furent définitivement guéris, dans un délai record, un cas restant douteux et un cas de récidive ayant cédé en 2 jours sans traitement.

Nous avons rencontré plus de difficultés dans le traitement des insuffisances respiratoires chroniques. Sur 100 malades traités depuis l'été dernier dans notre clinique de la rue de Grenelle, plusieurs ont récidivé peu de temps après. Ce traitement des bronchites chroniques donne des résultats variables.

Il semble que nos aérosols, agents thérapeutiques pulmonaires remarquables, donnent des résultats encore plus intéressants dans le traitement d'affections aiguës ou subaiguës, telles que les trachéites.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Séance du 8 juillet 1947

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire par suite du décès de M. Boquet.

Notice nécrologique sur M. Boquet. — M. Verge.

Etude physiologique sur l'action des curares comme adjuvants de l'anesthésie chirurgicale. — M. Lapicque. — Ses récentes recherches entreprises avec Mme Lapicque amènent l'auteur à corriger certaines conclusions de travaux antérieurs.

La conception classique de la suppression par le curare de l'efficacité de l'influx nerveux sur le muscle ne peut plus être admise puisque l'excitation électrique du nerf provoque la contraction musculaire comme Vulpian l'avait autrefois déjà constaté. On ne peut non plus distinguer à ce point de vue entre produits curariques, tous agissant de même à cet égard. En réalité tous ces produits commencent par provoquer une paralysie à type Vulpian, même les curarisants synthétiques ; il n'y a de différence qu'en rapidité et en intensité. Mais l'insensibilité du muscle n'existe que pour certains excitants ; il continue à réagir à d'autres dont nous ne connaissons pas ce qui les distingue des premiers.

Avant l'impuissance motrice apparaît la perte du tonus musculaire, phénomène caractéristique et qui n'est que temporaire et vain avec les doses et les circonstances ; il en est de même pour les troubles respiratoires. Cette atonie est comparable à celle de l'anesthésie chirurgicale.

Un dose plus forte provoque la paralysie curarique.

En pratique les amines quaternaires de synthèse dont les effets sont identiques sont plus maniables, plus fidèles que les curares d'origine indigène et semblent préférables pour l'emploi chirurgical.

Action thérapeutique de l'inhalation d'un mélange à 70 % d'oxygène et 30 % d'anhydride carbonique (Carbonarcose). — M. Baudouin. — L'inhalation de mélanges à haute teneur de CO^2 produit des modifications de la respiration puis des crises convulsives, analogues à celles que provoque l'hyperventilation pulmonaire et qui témoignent seulement de la souffrance du système nerveux. Chez l'adulte normal les accidents apparaissent pour une tachypnée à 60 ; chez l'enfant et chez l'épileptique ils sont beaucoup plus précoces.

L'analogie clinique avec les crises provoquées a amené à leur emploi thérapeutique. Les résultats les plus dignes d'attention paraissent obtenus chez les grands épileptiques (crises vraies ou équivalentes). La fréquence et la violence des accès paraissent

notablement diminuées ; l'accalmie persiste un certain temps après la cessation ou l'interruption du traitement.

Discussion : M. Tanon.

L'activité de la Croix-Rouge suisse en faveur des enfants français pendant la période de 1940 à 1947. — MM. Lesné, Cavaillon, Lévi et Sautter. — L'aide puissante donnée par la Croix-Rouge suisse s'est traduite par : 1° des séjours d'enfants français en Suisse : 70.000 enfants pendant trois à six mois en sanatorium, préventorium, home d'enfants ou dans des familles de langue française ; 2° placement dans des maisons spécialement créées en France ; 3° parrainages : 3.000 enfants en ont bénéficié pendant trois à six mois ; 4° goûters scolaires ; 5° secours d'urgence, en général alimentaires, distribués avec discernement soit directement soit par des œuvres ; œuvres sociales diverses.

L'activité du Don Suisse s'est exercée parallèlement sous des formes nombreuses.

Pour tous ces bienfaits, la reconnaissance des Français est infinie.

M. L. Bazy et le Président de l'Académie soulignent l'ampleur de la bienfaisance suisse et les sentiments de gratitude que suscite l'affection d'où cette bienfaisance est issue.

Les mariages consanguins chez les Israélites marocains. — MM. Remlinger et Coen.

La résistance devant l'occlusion trachéale totale et la valeur de la réserve d'oxygène. — MM. L. Binet et Strumza. — La durée de résistance à l'asphyxie semble d'autant plus prolongée qu'il y a eu oxygénation préalable ; sans doute l'inhalation de ce gaz a-t-elle permis la constitution d'une réserve pulmonaire sanguine et tissulaire d'oxygène qui est alors mise à contribution.

Sur les modifications humorales après le B. C. G. par scarification. — M. Sohier (Présentation par M. Courmont).

La clinique médicale de la Faculté de Médecine d'Hanoï. — M. Massias (Présentation par M. Pasteur Vallery-Radot). — Revue générale de l'activité hospitalière et enseignante d'une des plus remarquables créations de la France dans son Empire d'Outre-Mer.

Discussion : MM. Le Lorier, Mathis.

L'artérite des gelures. — M. Vagliano. — Tant au point de vue anatomopathologique qu'au point de vue clinique, les lésions artérielles sont l'élément principal.

Election. — M. Balozet, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, est élu Correspondant National dans la Section de Médecine vétérinaire.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juin 1947

Images radiologiques bulbeuses et staphylicoccie pulmonaire. — MM. Paliaro, Galy et J. Dumarest.

Arthroses améliorées par les œstrogènes de synthèse. — M. Albeaux-Fernet.

Sur un cas de diabète sucré consécutif à la vaccination antityphoïdique. Conséquences pratiques de cette observation. — MM. R. Boulin et P. Uhry. — Une jeune fille ne présentant aucune glycosurie fut soumise à la triple vaccination. Après les deux premières injections qui déterminèrent une violente réaction fébrile, s'installa brusquement un diabète sucré important (410 gr. de sucre par 24 heures), qui dure depuis un an.

La relation de cause à effet entre la vaccination et le diabète paraît indéniable. Néanmoins la malade présentant une hérédité diabétique (grand-mère paternelle diabétique), il est possible qu'avant la vaccination existât déjà chez elle un trouble discret de la glycorégulation que la vaccination s'est bornée à aggraver.

Les auteurs suggèrent qu'à l'avenir chez les sujets de souche diabétique, avant de pratiquer la triple vaccination, on ne se borne pas à examiner les urines, mais que l'on pratique par surcroît une mesure de la glycémie à jeun.

Traitement du myxœdème par une protéine iodée. — M. L. de Gennes.

Hypertension artérielle au cours du traitement de la maladie d'Addison traitée par désoxycorticostérone. — M. L. de Gennes. — Des doses excessives de sel ou de désoxycorticostérone peuvent déterminer chez les addisonniens par suite de la rétention de l'eau une augmentation de la pression artérielle qui cède vite à une posologie plus appropriée.

Mais il existe une autre variété d'hypertension artérielle dont l'auteur a observé quatre exemples, qui n'est pas parallèle aux mouvements de l'eau et n'obéit pas à la diminution du sel ou de la désoxycorticostérone. Elle poursuit inexorablement sa marche vers l'insuffisance rénale ou cardiaque affectant parfois le type malin.

Elle se voit surtout après implantation de désoxycorticostérone en boulettes. Elle ne résulte pas d'impuretés du produit ni d'une hypertension antérieure passée inaperçue. Elle relève du traitement lui-même. Il semble exister une prédisposition individuelle, aussi ne doit-on faire d'implantation de désoxycorticostérone qu'après un examen très précis de la fonction rénale.

Accidents simulant le rhumatisme articulaire aigu chez les addisonniens traités par la désoxycorticostérone. — M. L. de Gennes.

Résultats des implants sous-cutanés de testostérone chez des sujets castrés. — M. L. de Gennes a fait chez quatre jeunes Polonais castrés au camp d'Auschwitz par des procédés différents, des implantations sous-cutanées de fortes doses de testostérone. Les résultats, qui sont nuls avec de petites doses, ont été très remarquables, mais brefs, ne durant pas plus de trois mois. La barbe a réapparu ainsi que la puissance sexuelle. Dans un cas où l'éjaculation est revenue les spermatozoïdes faisaient défaut.

Erythème induré de Bazin à poussées récidivantes à caractère prémenstruel. Relations avec la maladie de Weber-Christian. — MM. E. Rist et M. Renaud.

Séance du 20 juin 1947

Formation kystique aérienne apparue après un abcès du poumon. — MM. André Meyer, Coudraud et Ribierre.

Un cas de gangrène superficielle des orteils à forme bullo-serpigineuse chez un diabétique. — MM. Gilbert-Dreyfus, H. Mamou, Mme Bernard-Brunner et G. Nataff.

Hormonothérapie mâle. — M. Gilbert-Dreyfus a observé avec les banales injections de testostérone un brillant résultat chez un castrat privé d'un testicule par blessure de guerre en 1914, puis de l'autre par orchidectomie pour tuberculose épididymaire : repousse de la barbe, retour de l'appétit sexuel, transformation complète de l'habitus, perte de poids, retour des érections.

Par contre, dans une impuissance d'origine psychique, résultat nul, malgré une implantation de 500 mg. de testostérone.

Deux observations de « poumon éosinophilique » (Syndrome de Loeffler). — Mme Bertrand-Fontaine, M. Goutner et Mlle Noufflard présentent deux observations de « poumon éosinophilique » (syndrome de Loeffler), où l'intensité des signes généraux et fonctionnels d'une part, la dissémination des ombres pulmonaires d'autre part, avaient fait envisager le diagnostic de tuberculose aiguë. L'évolution rapidement régressive, l'éosinophilie sanguine à 31 p. 100, imposèrent le diagnostic de syndrome de Loeffler, qui fut encore confirmé six semaines plus tard par l'élimination d'ascaris intestinaux. Dans un des cas fut observée une énorme, mais passagère augmentation de l'ombre cardiaque. Les auteurs rapprochent ces observations des cas d'éosinophilie tropicale récemment décrits.

Œdème aigu du poumon ; étude radiographique. — Mme Bertrand-Fontaine, MM. Fauvert et Minkovski.

Ictère chez un basedowien traité par l'aminothiazol. — Mme Bertrand-Fontaine et M. Fauvert.

Calcification massive des tubes urinifères dans un myélome multiple avec troubles rénaux et azotémie élevée. — MM. Gilbert-Dreyfus, H. Mamou, M. Landat et Mme Bernard-Brucker.

A propos des accidents post-vaccinaux. — M. F. Masselot (Tunis) insiste, après M. Costedoat, sur certaines variétés d'accidents post-vaccinaux. L'éveil ou le réveil d'une infection tuberculeuse à la suite d'une vaccination peut s'observer. Il envisage en terminant la possibilité d'accidents après l'administratton du BCG, par contamination tuberculeuse survenant avant l'établissement de l'immunité. Il pense que la phase négative des vaccinations n'est pas un mythe.

Un cas de cachexie cérébro-hypophysaire mortelle d'origine fonctionnelle. — MM. Gilbert-Dreyfus et Mamou.

Sur la guérison d'un cas de coma diabétique avec grande azotémie et blocage rénal des corps acétoniques par l'administration unique dans la première heure de 800 unités d'insuline. — MM. R. Boulin, P. Urhy, Fl. Nepveu et Guéniot.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 21 avril 1947

Asphyxie au cours d'une narcose. Sauvetage inespéré par bronchoaspiration immédiate. — MM. Arnaud et Sergent.

A propos de l'enclouage du col du fémur. Présentation d'un clou de Smith Petersen deux ans et demi après sa mise en place. — M. J. Dor.

Séance du 28 avril 1947

A propos de 16 cas de fracture des os longs traités par l'enclouage médullaire. — MM. Picaud et J. Poucel cherchent à établir les indications relativement restreintes de cette méthode d'ostéo-synthèse. La technique utilisée est variable selon l'os. Le tibia et l'humérus permettent facilement un enclouage percutané, dans les autres cas, l'ouverture d'emblée du foyer de fracture s'est avérée indispensable.

Accidents observés après pénicillothérapie. — MM. Artaud et Lombard.

Séance du 16 mai 1947

Les affections endocriniennes du squelette. — M. G. Coryn (de Bruxelles) fait une étude très complète des affections endocriniennes du squelette, dont la preuve est bien établie par des règles essentielles :

1° Les modifications osseuses sont toujours généralisées à tout le squelette ;

2° Les modifications osseuses apparaissent chaque fois que le fonctionnement de la glande est troublé. Donc l'ablation de la glande reproduit les modifications dues à l'hypofonctionnement et l'injection d'hormones reproduit celles dues à l'hyperfonctionnement ;

3° Quand l'hypofonctionnement d'une glande fait apparaître une modification osseuse déterminée, l'hyperfonctionnement fait apparaître la modification inverse.

M. G. Coryn passe en revue l'influence de chacune des endocrines sur le squelette : hypophyse, glandes sexuelles, parathyroïdes, thyroïde.

Ostéoporose et ostéomalacie. — M. Fernand Masmonteil souligne, sur les microphotographies, les différences essentielles qui existent, au point de vue histologique, entre l'ostéoporose, aux travées osseuses grêles sans bordures, ostéoïdes et sans ostéoblastes, à l'ostéomalacie aux bordures ostéoïdes développées avec ostéoblastes nombreux. Ces deux syndromes sont dus à une hypoconstruction osseuse , mais dans le premier, la matrice protéique formée ne se calcifie pas. par suite d'une carence minérale.

Les différences radiologiques, cliniques, chimiques, pathogéniques sont très nettes entre ces deux syndromes et conduisent à des traitements essentiellement différents.

Séance du 6 juin 1947

Résultats éloignés des arthrodèses sacro-iliaques. — M. Raphaël Massart apporte les résultats de son expérience portant sur 396 opérés entre 1926 et 1947 par la technique d'arthrodèse extra-articulaire par verrou qu'il a décrite.

Ses observations portent sur : la sacro-coxalgie, l'artérite douloureuse sacro-iliaque, l'entorse sacro-iliaque, les déséquilibres du bassin retentissant sur la 5e lombaire, les déviations vertébrales.

Les résultats éloignés sont, en général, excellents par cette intervention bien réglée. La statique du bassin est considérablement améliorée et les douleurs supprimées.

Un cas de lymphoblastome de la rate. — M. G. Luquet présente l'observation d'une malade qui était atteinte de cette affection et chez laquelle il a pratiqué une splénectomie avec guérison opératoire sans incidents. Il insiste sur le signe radiologique de l'abaissement de l'angle gauche du côlon constant dans les splénomégalies et qui, une fois de plus, s'est trouvé fidèle et lui a permis de poser un diagnostic difficile.

Valeur diagnostique de l'abaissement des angles coliques gauche et droit. — M. Pierre Le Gac. — Le refoulement, en bas de l'angle splénique du côlon, sans ouverture de cet angle avec formation d'une bouche caractéristique est pathognomonique des tumeurs spléniques.

De même, dans une tumeur de l'hypochondre droit, si l'angle droit est abaissé, on peut conclure à la nature intrapéritonéale (hépatique ou vésiculaire) de la tumeur, même si elle donne le contact lombaire.

L'observation présentée est caractéristique. Il s'agissait d'une vésicule énorme exclue, bourrée de calculs, invisible à la radio, véritablement soudée à toute la partie droite du côlon transverse et à l'angle droit. Ainsi, le lavement baryté peut faciliter le diagnostic des tumeurs de l'hypochondre droit.

Séance du 20 juin 1947

Essai de traitement des coxarthries par forage et inclusion locale d'œstrogènes de synthèses. — MM. F. Masmonteil et G. Vidal-Naquet font part de leurs premiers essais de ce traitement sur 9 cas de coxarthries. Ils pratiquent un forage du col et de la tête fémorale avec évidement partiel à la curette. Ils introduisent presque dans la tête fémorale 10 milligrammes d'une poudre stérile d'œstrogène de synthèse.

Sans vouloir tirer de conclusions de ces tentatives qui ne datent que de cinq mois, l'action sur les douleurs a été importante dans 7 cas.

Un cas de tumeur villeuse de l'estomac traité par gastrectomie. — M. Pierre Le Gac. — Un malade a pour tous symptômes une diarrhée récente avec *melœna* sans aucun signe gastrique.

Il s'agit d'une tumeur, ou plutôt de tumeurs villeuses multiples de la muqueuse gastrique étendues du cardia au pylore. Parti avec l'idée de faire une gastrectomie large, on doit faire une gastrectomie totale de nécessité.

Ces tumeurs villeuses ont un pouvoir infiltratif peu marqué, végètent en surface et déterminent surtout une anémie accusée. Peut-être, en cas de tumeur isolée, peut-on les traiter par gastrectomie segmentaire, mais dans le cas particulier où les tumeurs villeuses étaient généralisées à la muqueuse, on a été dans l'obligation de faire l'opération de Lefevre, avec anastomose gastrojéjunal en sandwich.

Coxa-Vara bilatérale. Objet d'une erreur de diagnostic. Revue trente-sept ans après. — M. Carle Roederer. — Une coxa-vara chez un garçon de 15 ans en 1910, était diagnostiquée du côté droit par M. Kirmisson (malade présenté à la Société de Chirurgie par M. Ombredanne). Du côté gauche, ce rapporteur a accepté le diagnostic d'une coxalgie de forme particulière en raison du blocage rapide, d'un témoignage radiologique et d'une cuti-positive.

En réalité, de ce côté aussi, il s'agissait d'une coxa-vara mais peut-être à évolution plus rapide avec ostéochondrite associée.

Cette dernière affection était alors ignorée et rentrait dans le cadre des fausses coxalgies ou dans celui des coxalgies frustes.

Il est intéressant de voir ce qu'est devenue, trente-sept ans après, cette coxa-vara double, redevenue douloureuse récemment du côté d'ailleurs qui n'a pas été suspecté de coxalgie.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

SÉANCE DU 24 MARS 1947

Myélosarcome de la clavicule. — M. G. ROUDIL.

Gastrectomie totale pour cancer de l'estomac. — M. DE VERNEJOUL. Présentation de trois pièces.

SÉANCE DU 14 AVRIL 1947

Abcès appendiculaire simulant un pyo-salpinx. Laparotomie médiane. Pénicillothérapie. Guérison. — M. BOURRET. Rapporteur : M. SALMON. — Histoire d'un abcès appendiculaire ilio-pelvien, avec appendice perforé. L'abcès semble s'être vidé dans l'intestin par une perforation cæcale. L'auteur discute la voie d'abord qui a permis de traiter non seulement l'abcès, mais la lésion cæcale. Il insiste sur les avantages de la pénicillothérapie. Il rapproche de cette observation une autre semblable qui lui est personnelle, où l'intervention a été faite par voie iliaque et qui a été suivie de mort. Le rapporteur fait quelques réserves sur la trop longue durée de l'expectative chirurgicale, et aurait préféré une voie iliaque droite basse, telle que celle décrite par Bonnet.

Troubles nerveux et vasculaires du membre supérieur déclenchés par la position de Trendelenburg chez un sujet porteur de côte cervicale. — M. BOURRET. Rapporteur : M. SALMON. — La compression de la base du cou contre les épaulières de la table d'opération déclenche une série de phénomènes pathologiques chez une femme de 45 ans qui jusque-là n'avait jamais souffert : crise douloureuse, parésie des muscles de l'éminence hypothénard, hypoplasie, crampes, phénomènes sympathiques. La radiographie montre l'existence d'une côte cervicale, réséquée par la voie d'abord de Sénèque. Sympathectomie péri-sous-clavière complémentaire. Disparition des phénomènes pathologiques.

Données anatomo-cliniques et thérapeutiques sur les abcès traumatiques du cerveau. — MM. J.-E. PAILLAS, J. DUPLAY et J. BONNAL rapportent une statistique de vingt observations d'abcès traumatiques du cerveau relevées dans le service de neurochirurgie à Marseille. Ils insistent sur la fréquence des éléments exogènes inclus (découverte macroscopique ou histologique) sur l'appoint diagnostique important fourni par une modification du foyer traumatique local et par l'existence de poussées évolutives. La résection en masse leur paraît souvent une nécessité inéluctable. Cependant ils maintiennent deux guérisons par ponction et pénicillothérapie (abcès consécutif à une blessure superficielle par propagation phlébitique locale probable). Le drainage leur a donné une guérison.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

SÉANCE DU 7 MARS 1947

Mononucléose infectieuse à forme de grande splénomégalie fébrile écourtée par la radiothérapie. — MM. G. GIRAUD, J.-M. BERT, P. CAZAL et L. BERTRAND. — Chez un jeune homme de 25 ans, après un épisode de quinze jours de lassitude, céphalée et fébricule, apparaît une rate volumineuse seul symptôme objectif. Sang subleucémique (38.400 leucocytes dont 82 lymphocytes pour cent) myélogramme normal, splénogramme homogène en éléments lymphoïdes. En une semaine, sous l'action de la radiothérapie splénique (4 séances de 250 R), la fièvre, la formule sanguine et surtout la rate reviennent à la normale. Sérodiagnostic de Paul Bunnel-Davidsohn fortement positif.

Septicémie veineuse ; guérison apparente par la pénicillinothérapie ; mort en quelques heures par polyartérite oblitérante. — MM. G. GIRAUD, A. COURTY, P. CAZAL et F. BOYER. — Après un phlegmon de la main droite, apparaît une septicémie veineuse franche caractérisée par des phlébites à répétition (membres inférieurs, cordons spermatiques) et un foyer congestif de la base droite. Le traitement pénicillinique (500.000 unités par jour) fait disparaître la fièvre et résoudre les phlébites, mais, lorsque l'apyrexie est installée, apparaissent brusquement des thromboses artérielles multiples des membres, qui entraînent le décès en 24 heures. La question se pose des rapports possibles entre la pénicillothérapie et le développement des thromboses artérielles chez un sujet dont l'endothélium vasculaire était déjà lésé par l'infection.

Ictère grave chez un enfant de 18 mois. Dégénérescence massive et extraordinaire des cellules parenchymateuses hépatiques. — MM. J. BOUCOMONT, P. CAZAL, D. BONNEL et J. PASCOET.

Leishmaniose viscérale diagnostiquée par ponction splénique. Action thérapeutique remarquable du 2.168 RP (Antimoniate de N-méthylglucomine). — MM. R. LOUBATIÈRES, P. CAZAL et J.-M. ENJALBERT rapportent un cas de guérison rapide, par le 2168 RP, d'un Kala-Azar évoluant depuis plusieurs mois. Après l'échec des autres dérivés antimomés, l'amélioration de l'état général, de la formule sanguine et la disparition de la fièvre ont été notées dès la troisième injection.

Tuberculose caséeuse généralisée avec plasmocytose ganglionnaire. — MM. P. PAGÈS, R. LOUBATIÈRES, A. MALEKI, P. CAZAL et ALAUZE.

L'hypervitaminose D_2 chez l'adulte (A propos de trois observations). — MM. GIRAUD, A. BALMES, F. VIALA et J. MIROUZE apportent trois observations d'hypervitaminose D_2 de l'adulte à forme sévère et simulant l'atteinte tuberculeuse de la séreuse méningée. Les signes cliniques d'intoxication ont cessé avec l'arrêt de la vitaminothérapie. Les auteurs font à ce propos une revue générale de l'hypervitaminose D.

Le traitement des laryngites tuberculeuses par infiltration sinocarotidienne (à propos de 15 observations). — MM. G. GIRAUD, A. BALMÈS, R. REYNAUD et J. MIROUZE ont utilisé la méthode proposée par Lelourd pour le traitement des laryngites tuberculeuses. Ils ont obtenu une amélioration considérable de la dysphagie dans les deux tiers des cas, sans aucune modification des lésions atomiques. Ils pensent que la méthode représente un des meilleurs traitements de la dysphagie des tuberculoses du larynx.

La chrysothérapie intrapleurale, facteur désodorisant des pleurésies purulentes chroniques fétides. — MM. G. GIRAUD, A. BALMES et J. MIROUZE ont employé le thiosulfate d'or et de sodium en injections pleurales pour désodoriser des pleurésies fétides. La fétidité disparaît avec une constance et une rapidité remarquables ; la médication réussit là où la pénicilline et les sulfamides ont échoué. Les auteurs pensent qu'il s'agit là d'un mécanisme d'action purement chimique, et non anti-infectieux en présence de germes devenus pénicillino-résistants.

Un cas d'acrocéphalo-syndactylie. Syndrome d'Apert. — M. J. BALMÈS.

Tumeur hypophysaire intra-sellaire. Ablation chirurgicale. Evolution favorable maintenue depuis trois ans. — MM. J. CHAPTAL et Cl. GROS. — Chez un enfant de 9 ans, un double syndrome d'*hypertension intracranienne* (amaigrissement de 5 kgs, vomissements, céphalées, troubles de la vue) et d'*hypopituitarisme* (hypotrophie générale et hypoplasie génitale) avec diabète insipide amène à l'ablation par aspiration d'une tumeur kystique intrasellaire. Son siège, son contenu clair et l'évolution favorable maintenue depuis plus de trois ans obligent à en faire un adénome chromophobe en dégénérescence kystique, tumeur exceptionnelle avant la puberté. L'intervention a été suivie de la disparition complète du diabète insipide, et partielle des troubles de la vue ; dans le cours de la troisième année on assiste à la reprise de la croissance en taille et en poids, avec amorce de développement génital.

Gliome central parieto-temporo-occipital révélé par des crises convulsives bravais-jaksonniennes homolatérales. — MM. EUZIÈRE, PAGÈS, N. DUC, Cl. GROS et IZARN. — Chez une malade présentant des crises Bravais-Jaksonniennes et des paresthésies localisées à l'hémicorps gauche, avec syndrome complet d'hypertension intra-cranienne, une ventriculographie décela l'existence d'une tumeur pariéto-temporale gauche. L'intervention chirurgicale confirma ce diagnostic topographique. Elle permit l'ablation d'un gliome volumineux du type oligodendrocytonne et amena la guérison.

CONGRÈS

XIe Congrès de l'Association des pédiatres de langue française

Lyon, 22-24 mai 1947

Le XIe Congrès de l'Association des Pédiatres de Langue française s'est tenu à Lyon sous la présidence du professeur Mouriquand, assisté du professeur agrégé Jeune, secrétaire général. La séance d'ouverture fut présidée par le professeur Allix, recteur de l'Université de Lyon.

PREMIERE QUESTION

Les rhumatismes chroniques de l'enfance

MM. M. Lamy, Mlle Jammet et M. Aussanaire font rentrer les rhumatismes chroniques de l'enfance dans deux grands cadres, la maladie de Still et la polyarthrite chronique déformante et ankylosante.

La *maladie de Still* est la plus fréquente : les auteurs en ont observé une vingtaine de cas. Elle débute dans la petite enfance, « avant la deuxième dentition ». Son début est en général subaigu et marqué par de la fièvre, des douleurs articulaires vives et des adénopathies précoces.

Un fois constituée, la maladie est caractérisée par trois signes essentiels :

1° Des *arthropathies diffuses* frappant en premier lieu les genoux, les poignets et les chevilles, puis la colonne cervicale et les petites articulations. Les hanches et surtout les épaules sont ordinairement respectées. Elles sont symétriques et touchent simultanément les deux articles homologues. Les lésions sont péri-articulaires beaucoup plus qu'articulaires ; les os sont radiologiquement indemnes, malgré l'énorme déformation apparente de l'articulation.

La douleur spontanée est peu accusée et l'immobilité en position de relâchement suffit à la calmer ; la mobilisation est par contre très douloureuse.

Ces arthropathies se compliquent très vite d'*atrophie musculaire* importante.

2° Des *adénopathies* précoces, facilement mises en évidence dans les régions axillaires et inguinales, faites de gros ganglions fermes, réguliers, indolents, mobiles, distincts les uns des autres.

3° Une *fièvre* presque constante et revêtant tous les types, mais évoluant le plus souvent par poussées successives entrecoupées de plus ou moins longues rémissions.

Ce tableau clinique essentiel peut être complété par :

une *splénomégalie*, inconstante et souvent tardive, parfois accompagnée d'*hépatomégalie* ;

des *éruptions cutanées* de types divers dont il faut signaler l'importance ;

une *anémie* ordinairement peu marquée, avec *leucocytose* discrète entre 10.000 et 30.000 éléments et comprenant environ 70 % de polynucléaires.

L'*évolution* de la maladie se fait par poussées successives entrecoupées de rémissions. La multiplicité des atteintes articulaires, la gravité de l'atrophie musculaire font de l'enfant un grand infirme que chaque poussée fébrile laisse plus pâle et plus amaigri, finalement cachectique. La mort est la terminaison habituelle dans un délai maximum de cinq ans.

La *polyarthrite chronique déformante et ankylosante* s'oppose par de nombreux points à la maladie de Still.

Elle est beaucoup plus rare que la précédente, mais débute comme elle dans le jeune âge, entre 1 et 5 ans. Son début est toujours monoarticulaire et la première localisation peut rester longtemps unique. Ultérieurement d'autres articulations se prennent en nombre modéré et sans aucune symétrie.

Les articulations prises se tuméfient, se déforment, puis s'enraidissent ; à la longue apparaissent des subluxations ou des dislocations articulaires. L'atrophie musculaire est importante. La radiographie montre de graves lésions des extrémités osseuses.

Il n'existe ni adénopathies ni splénomégalie ; la fièvre est le plus souvent absente ; l'anémie est tardive. Par contre, on note une certaine fréquence des *complications oculaires* à type d'iridochoroïdite entraînant une cataracte secondaire.

L'*évolution* dure plusieurs années ; la mort est encore la terminaison habituelle, du fait de la cachexie ou d'une complication.

L'*étiologie* des rhumatismes chroniques de l'enfance n'est pas encore élucidée. Leur nature infectieuse ne fait pas de doute, mais l'agent causal est encore indéterminé. On peut discuter les rapports avec la maladie de Bouillaud, évoquer le rôle de la gonococcie, de la tuberculose ou de la syphilis. Le rôle du streptocoque ne peut être démontré, bien que ce germe ait été décelé à l'hémoculture.

Le *traitement* des rhumatismes chroniques de l'enfance a fait l'objet du rapport de M. Garot (de Liége). Il doit être précoce et intense en raison de la rapidité d'évolution de la maladie. Il ne peut être question en l'état actuel de nos connaissances de traitement spécifique, et force est d'avoir recours aux moyens thérapeutiques que l'expérience révèle être les meilleurs.

Il faut d'abord *maintenir un bon état général*, d'où la nécessité d'une bonne hygiène, d'un régime alimentaire substantiel, sans restrictions ni carences. Il est par contre inutile de donner de fortes doses de vitamines.

On luttera ensuite contre les signes de débilitation, inappétence, insomnie et surtout douleur. Contre cette dernière l'aspirine paraît le médicament de choix ; la calcithérapie a donné aussi quelques succès.

Au début de la maladie, on peut rechercher et traiter les foyers d'infection locale, amygdalite, suppuration du cavum, pyorrhée dentaire, infection génitale. A une phase plus avancée de l'évolution, ces pratiques sont sans intérêt.

Parmi les nombreuses médications chimiques qui ont été proposées, la *chrysothérapie* semble donner les meilleurs résultats, à condition d'être instituée précocement et poursuivie longtemps. Elle doit être utilisée avec précautions, en recherchant les moindres signes d'intolérance, l'albuminurie en particulier. L'iode, le salicylate de soude, le soufre, l'arsenic comptent plus d'échecs à leur passif que de succès à leur actif.

Les traitements de choc, la pyrétothérapie, les vaccins, le traitement antisyphilitique ont paru donner quelques résultats heureux ; l'action des sulfamides est très discutée ; la pénicilline paraît inefficace.

Dans l'intervalle des poussées, il faut *masser les muscles atrophiés*. Les *agents physiques* rayons infra-rouges ou ultra-violets, diathermie, peuvent être d'utiles adjuvants. C'est à ce moment également que les *cures thermales sulfureuses* peuvent rendre quelques services.

Le *traitement orthopédique* vise surtout à éviter ou à redresser les déformations articulaires ; il doit être poursuivi avec persévérance durant toute l'évolution. C'est à ce but que doit se borner la chirurgie et rien ne justifie les interventions chirurgicales sur la rate, les parathyroïdes ou le sympathique.

Il est enfin très difficile en raison du peu de recul et du petit nombre des cas d'apprécier les effets de ces traitements, d'autant qu'il ne faut pas méconnaître la possibilité de longues rémissions et même de guérisons spontanées.

Discussions et communications

M. Rohmer pense que la maladie de Still est plus rare que ne le disent les auteurs ; il lui semble d'autre part exister entre les deux types cliniques décrits un grand nombre de faits encore mal classés et dont l'étude serait à reprendre.

M. Taillens (de Lausanne) insiste sur l'importance du régime alimentaire qui doit comporter en abondance des crudités et des vitamines.

M. R. Clément rapporte en détail une observation de maladie de Still dans laquelle le traitement sulfamidé lui a donné d'excellents résultats.

M. Willemin-Clog (de Clermont-Ferrand) insiste sur l'impor-

tance du traitement orthopédique et signale les dernières acquisitions des techniques américaines dans la lutte contre les déformations.

M. Ferru (de Poitiers) rapporte un cas de rhumatisme chronique hérédo-syphilitique guéri par le traitement spécifique chez un enfant de 7 ans.

MM. Mouriquand et Wenger (de Lyon) exposent les grandes lignes de leur thérapeutique du rhumatisme chronique infantile.

MM. Mouriquand et Dauvergne font part de leurs recherches expérimentales sur les ostéopathies infantiles et montrent que des doses excessives de vitamine D peuvent amener une décalcification osseuse.

DEUXIEME QUESTION

Les néoplasies viscérales malignes de l'enfance système nerveux excepté

MM. Caussade, Florentin et Neimann, dans un rapport remarquable par sa précision et son importance, font tout d'abord l'étude analytique de toutes les tumeurs viscérales des enfants si rares fussent-elles. Il est impossible de résumer en quelques lignes cet important travail dans lequel le pédiatre trouvera réunies les données anatomiques et cliniques les plus récentes concernant les cancers primitifs d'organes chez l'enfant, étude qui n'avait jamais été faite jusqu'à ce jour.

Dans une deuxième partie, les auteurs font une étude synthétique de ces tumeurs, visant à rassembler et préciser nos connaissances sur les points qui leurs sont communs.

La *fréquence* des tumeurs malignes chez l'enfant n'est pas négligeable et le pourcentage des morts par cancer semble être le même que chez l'adulte. Les garçons sont plus touchés que les filles. Les deux périodes de l'enfance où les cancers sont les plus fréquents sont la première année, époque des dysembryomes, et la puberté, époque d'éclosion des tumeurs épithéliales.

L'*hérédité* semble jouer un rôle : les antécédents héréditaires de néoplasme sont plus fréquents chez les jeunes cancéreux que chez les sujets indemnes ; chez les jumeaux monozygotes, le cancer se comporte avec une concordance impressionnante. Le rôle étiologique du *traumatisme* n'est pas démontré.

L'étude clinique de tous les cas permet d'ébaucher une symptomatologie générale des tumeurs malignes de l'enfant. Le *début* est ordinairement latent et ce n'est qu'après une phase plus ou moins longue que se dévoile le cancer, soit par apparition de signes fonctionnels, soit par découverte inopinée de la tumeur, soit enfin par une complication.

A la période d'état, on peut isoler cinq types cliniques essentiels :

1° La *tumeur abdominale* caractérisée par une augmentation de volume de l'abdomen, par l'apparition d'une matité franche, par la perception d'une tumeur de plus en plus grosse et perdant progressivement sa mobilité, par l'apparition d'une ascite terminale ;

2° La *tumeur thoracique*, se traduisant surtout par la dyspnée et dont le siège doit être précisé par l'examen radiologique sous diverses incidences ;

3° Les *cancers externes*, précocement décelés soit par leurs signes fonctionnels, soit par leur accession précoce à la vue et au toucher ;

4° Les *cancers métastatiques ;*

5° Les *cancers de type endocrinien*, qui s'accompagnent de modifications de la morphologie, des organes sexuels et de la croissance.

Le *diagnostic* est toujours malaisé : l'exploration est difficile en raison de l'étroitesse de certains conduits. La ponction-biopsie et la biopsie chirurgicale sont des moyens complémentaires dont on ne saurait se passer. Il n'est même pas toujours possible d'affirmer sur un examen histologique la malignité d'une tumeur.

Anatomiquement, la prédominance des sarcomes n'est plus évidente.

Enfin, l'évolution paraît plus rapide chez l'enfant que chez l'adulte et le pronostic reste toujours sombre.

M. M. Guilleminet complète ce rapport par une *étude thérapeutique* très minutieuse, basée sur de nombreux cas personnels et une importante bibliographie. La précocité du traitement est un élément de succès fondamental : il faut intervenir avant la phase explosive de malignité de la tumeur, à la période favorable où le néoplasme est encore limité et encapsulé.

Pratiquement, on ne dispose comme chez l'adulte que de la chirurgie et de la rœntgenthérapie, soit seules, soit mieux associées. Les indications chirurgicales doivent être poussées aux extrêmes limites, l'intervention étant précédée ou mieux encadrée de séances de rayons X. La radiothérapie et la curiethérapie isolée sont réservées aux cas inopérables.

Deux variétés de tumeurs marquent un progrès réel dans les résultats obtenus : ce sont celles du rein et du testicule, qui comptent d'autre part parmi les plus fréquentes.

Le traitement de choix des tumeurs rénales est la néphrectomie aussi précoce que possible, encadrée par deux séries d'applications de rayons X. Des survies de longue durée commencent à être signalées.

Les tumeurs du testicule donnent environ 20 % de succès, à condition d'être d'abord traitées par la radiothérapie, puis dans un second temps par la castration.

Dans tous les autres cas, les résultats thérapeutiques sont décevants, surtout pour le tube digestif, le vagin, la vessie et l'utérus.

Discussions et communications

M. Fèvre apporte les résultats de sa statistique personnelle. Il insiste surtout sur le terrain sur lequel se développe le cancer, sur la possibilité de bilatéralité des lésions et enfin sur l'importance considérable des deux stades successifs de bénignité et d'éclatement de la tumeur.

Il communique par ailleurs l'observation d'un cas de néoplasme primitif du foie opéré avec survie de sept ans et fait quelques remarques à propos des tumeurs du rein chez l'enfant.

M. Charleux (d'Annemasse) rapporte un cas de lymphosarcome

de l'intestin grêle chez un enfant de 4 ans, opéré et se maintenant guéri depuis quatorze ans.

MM. Ferru et Coirault (de Poitiers) ont vu un cas probable de sarcome bilatéral du rein chez un enfant de 18 mois.

MM. Giraud et Salmon (de Marseille) ont observé après opération la guérison d'un fibro-réticulo-endothéliome chez un enfant, et rapportent d'autre part deux cas de tumeur maligne du blastème rénal, opérés et traités par la radiothérapie avec des survies respectives de 5 et 4 ans.

MM. Lamy, Kaplan, Aussanaire, Mignot et Barbizet rapportent l'observation d'un néphroblastome malin bilatéral et symétrique.

M. Marcel (de Paris) rapporte plusieurs cas de tumeurs du rein, de la vessie et de la prostate chez le nourrison et chez l'enfant et projette une série de clichés montrant les aspects radiologiques permettant le diagnostic.

MM. Mouriquand, Guilleminet et Marion (de Lyon) exposent les résultats du traitement chirurgical des tumeurs malignes de l'estomac chez l'enfant.

TROISIEME QUESTION

Traitement des méningites aiguës Méningites tuberculeuses exceptées

MM. Martin, Sureau et Millet tirent d'une importante étude les conclusions suivantes touchant le traitement des méningites aiguës.

Les *méningites à méningocoques* guérissent ordinairement bien par le seul traitement sulfamidé auquel il est inutile d'ajouter un traitement pénicilliné. Par prudence, on peut toutefois injecter les premiers jours par voie rachidienne 20.000 U. O. quotidiennes de pénicilline.

Seules font exception à cette règle les formes graves prolongées, les formes à rechutes et les méningites du nourrisson. Il faut toujours dans ces cas associer le traitement général sulfamidé et le traitement local pénicilliné.

Les contre-indications de la sulfamidothérapie imposent le traitement pénicilliné local et général, mais les résultats thérapeutiques sont alors moins brillants.

Les *méningites à pneumocoques* doivent être traitées par l'association systématique sulfamides-pénicilline. Les sulfamides sont données à fortes doses par voie buccale et parentérale simultanément en employant de préférence les diazines.

La pénicilline sera administrée par voie rachidienne à la dose de 15 à 30.000 U. O. matin et soir ; on y adjoindra un traitement général de 200.000 à 1.000.000 d'U. O. par 24 heures.

Le traitement sera longtemps poursuivi.

La mortalité reste néanmoins élevée et avoisine 50 %.

Les *méningites streptococciques* seront toujours traitées par les sulfamides et la pénicilline associés. Les doses à employer varient avec la gravité du cas.

Si ces méningites sont d'origine otogène, il y a lieu de toujours instituer simultanément un traitement chirurgical précoce (mastoïdectomie ou évidement).

Les *méningites à staphylocoques* seront traitées avant tout par la pénicilline locale et générale à hautes doses : 20.000 U. O. matin et soir par voie rachidienne, et 20.000 à 1.000.000 d'unités par voie générale.

Il peut être intéressant d'y adjoindre un traitement sulfamidé dont quelques observations ont montré les bons résultats.

Les *méningites à bacille de Pfeiffer* paraissent heureusement influencées par l'association d'un traitement pénicilliné à fortes doses et d'une sulfamidothérapie massive par les diazines. Des résultats encourageants ont ainsi été obtenus.

Dans les *méningites purulentes*, trop rares pour permettre de tirer des conclusions précises, il y a intérêt à toujours associer sulfamides et pénicilline.

Au cours de toutes ces formes, les *rechutes* sont possibles : elles semblent liées dans la majorité des cas à une baisse de la concentration sulfamidée dans le L. C. R. et plus rarement à la cessation trop rapide de la pénicilline. Le traitement général pénicilliné est alors indiqué et peut enrayer définitivement les rechutes.

Les *récidives* ne paraissent plus exceptionnelles : elles réclament la même thérapeutique que l'atteinte initiale.

Quelques cas particuliers nécessitent des traitements spéciaux : en cas de cloisonnement ou d'œdème cérébral par hypertension, il y a intérêt à pratiquer des injections intra-ventriculaires de pénicilline. Il sera aisé de pratiquer chez le nourrisson une ponction ventriculaire, mais chez le grand enfant, il faudra faire appel au neuro-chirurgien.

Les auteurs insistent enfin sur deux points particuliers. Les injections intra-rachidiennes de pénicilline à la dose bi-quotidienne de 15.000 à 30.000 U. O. sont susceptibles de provoquer quelques accidents, convulsions, paralysies, hémorragies méningées. Ceux-ci sont trop rares pour entrer en ligne de compte et la gravité du pronostic ne doit pas faire appliquer une thérapeutique timorée qui risquerait d'être inefficace. Il est possible également d'observer des réactions méningées médicamenteuses.

Les sulfamides doivent être données à fortes doses pour atteindre une concentration de 20 mmg % au moins dans le L. C. R. et dans certaines formes les taux de 50 et 70 mmg % sont nécessaires. Ces concentrations ne sont possibles que par l'emploi des diazines, mieux tolérées.

En résumé, la pénicilline marque un progrès réel dans le traitement des méningites. Ce produit toutefois ne doit jamais être donné seul : il doit toujours être associé aux sulfamides qui, pour les rapporteurs, restent le médicament de base.

Discussion et communications

M. Fornara (de Novare) expose quelques considérations sur le traitement des méningites purulentes aiguës de l'enfance : ses conclusions confirment celles des rapporteurs.

M. Salazar de Souza (de Lisbonne) a obtenu avec une technique comparable des résultats absolument semblables.

M. Gorter (de Leyde) apporte quelques observations de méningites à pneumocoques et à bacille de Pfeiffer traitées par l'association sulfamides-pénicilline avec des résultats satisfaisants.

MM. Mouriquand, Sohier et Boulez (de Lyon) font quelques remarques sur le traitement des méningites aiguës du nourrisson.

M. Svejcar (de Prague) apporte le résultat de son expérience dans le traitement des méningites à pneumocoques qui confirment également l'opinion des rapporteurs.

MM. Sacrez, J.-A. Rohmer et Heitzmann (de Strasbourg) publient leur statistique du traitement des méningites aiguës de l'enfant par l'association pénicillo-sulfamidée.

J. Odinet.

INTERETS PROFESSIONNELS

Les travaux du Conseil National de l'Ordre des Médecins

A sa dernière Conférence de Presse, le professeur Portes, président du Conseil National, a d'abord évoqué le souvenir du très utile, très important et très réconfortant voyage récemment fait en Alsace avec M. Oberlin, Duhamel et Debrany ; devant les médecins d'Alsace, le président a eu l'occasion d'exposer en détail les conditions d'activité de l'Ordre.

Le professeur Portes a également rappelé la visite rendue récemment au Président de la République ; à cette occasion, le Conseil National a reçu l'assurance formelle que dans toutes les circonstances le Corps Médical serait désormais consulté sur les projets gouvernementaux susceptibles de l'intéresser ; de nouvelles promesses ont été faites concernant les attributions de voitures et le soutien financier des laboratoires.

Le professeur Portes a ensuite résumé l'activité de la 6e session du Conseil National (4-7 juillet 1947).

La 1re Section a salué avec satisfaction la promulgation enfin réalisée du Code de Déontologie ; il demeure utile d'envisager des amendements de détail et de préciser l'interprétation de certains articles ; ce dernier point sera l'objet de Commentaires au Code prochainement adressés aux Conseils régionaux.

Une circulaire concernant le partage d'honoraires sera prochainement adressée à tous les médecins.

Une liaison plus intime sera établie entre le Conseil et la Santé publique ; dès maintenant, il est acquis que les faits d'avortement et d'exercice illégal seront exclus de l'amnistie ; des précisions touchant la sauvegarde du secret professionnel en matière d'avortement seront données prochainement.

Le carnet d'ordonnances de stupéfiants sera distribué dans la Seine à partir du 15 septembre.

Un projet de loi créant une commission de contrôle des thérapeutiques nouvelles est à l'étude et devra garantir aux médecins contrôleurs toutes les conditions d'indépendance dans la recherche et les conclusions.

L'étude avec la collaboration du professeur Piédelièvre des modalités nouvelles indispensables en matière de secret professionnel, problème d'étendue internationale, est en cours.

Le ministère de l'Economie Nationale, par une nomenclature spéciale, a intégré la Biologie parmi les actes médicaux ; le Conseil demande l'intégration de cette nomenclature particulière dans la nomenclature générale, ce qui n'exclut nullement l'existence d'une nomenclature spéciale aux biologistes pharmaciens.

Le guide pratique professionnel du Dr Robert va être édité.

La 2e Section a approuvé le rapport financier du Dr Larget qui a, une fois de plus, insisté sur l'importance du budget d'Entraide, des secours qu'il a distribués depuis le début de l'année et qu'il va devoir distribuer encore.

L'étude du projet de loi sur l'assurance-vieillesse se poursuit en vue d'obtenir l'autonomie de gestion dans une caisse des professions libérales gérées par un Ordre.

Une enquête auprès des Conseils départementaux et des Syndicats se poursuit au sujet du régime général d'entraide et le partage désiré ou non entre les risques avec coopération des organismes mutualistes.

La 3e Section a approuvé le rapport du Dr Carlotti sur le statut du médecin spécialiste et adopté celui du Dr Ménégaux sur la qualification du chirurgien. On prépare la formation de commissions de qualification pour les médecins en exercice où siégeront à la fois Syndicats, Ordre et Enseignement.

Enfin, la 4e Section a émis un vœu catégorique touchant la consultation obligatoire des organismes médicaux avant toute modification par quelque autorité que ce soit des règlements de la médecine.

R. L.

LIVRES NOUVEAUX

Régimes alimentaires. Notes résumées sur les éléments de base des régimes alimentaires, par Maurice Delort. Selections Médicales et Scientifiques, 1, place d'Iéna, Paris (16e).

Après avoir rédigé une ordonnance fort savante, quand le médecin aborde la question des régimes alimentaires, le voilà fort embarrassé. Que faut-il interdire, quoi permettre ? Le plus souvent on sacrifie à la routine et l'albuminurique à qui l'on défend un beefsteak de 100 grammes (teneur en protéine : 20,19 gr.), boira le cœur léger son litre de lait qui en contient 33 gr. 800.

Il est indiscutable que la rédaction des régimes alimentaires est dictée par une tradition orale, où la voix des Maîtres est souvent couverte par celle de la mère, gardienne des coutumes familiales ou régionales.

En toute conscience, c'est à propos des régimes alimentaires que se manifeste le plus vivement le désarroi médical. Et habilement nombre d'individus fort peu qualifiés exploitent cette incertitude.

Maurice Delort nous apporte enfin quelque chose de certain, de positif. Il se donne la peine de colliger, de classer de sa manière claire et logique les divers aliments par leur teneur en glucides, en lipides, en protéines. Il montre leur valeur calorique, leur teneur en vitamines et en substances minérales.

Le médecin, utilisant ces tablettes simples, explorant d'un coup d'œil la hiérarchie des valeurs nutritives, se sent rempli d'aise, de sécurité. Ainsi, la diététique redevient une science aussi certaine que la pharmacologie.

Ce fascicule doit être sur la table de tout médecin qui prétend écarter de lui toute superstition dans la rédaction des régimes.

Utile au début, le livre de Maurice Delort deviendra rapidement indispensable.

Les Aérosols, par MM. Biancani (E. et H.), Delaville (G. et M.). Préface du professeur Léon Binet, Paris. Expansion Scientifique Française, 1946, in-8°, 224 p., prix 300 francs.

Les aérosols, ces poussières atmosphériques de toutes dimensions qui existent dans l'air à l'état de dispersion sous forme de particules liquides ou solides, peuvent, du fait de ces dispersions, être rangés dans les systèmes colloïdaux. La phase dispersée est liquide ou solide et la phase dispersante, gazeuse. Les aérosols sont étudiés dans ce petit précis par ceux-là même qui, dès 1936, imaginaient le procédé ingénieux de production des aérosols, décelaient leur présence dans les poumons et précisaient leurs actions chimiques, biologiques et thérapeutiques.

Exposé sous une forme pratique, claire et concise, le problème des aérosols intéressera également physiciens, chimistes, biologistes, climatologues, hydrologues, hygiénistes et médecins. Ils y trouveront, sous l'angle de ces divers points de vue, une étude physico-chimique consacrée aux aérosols dans l'atmosphère, aux aérosols artificiels et aux générateurs employés en médecine, ainsi qu'à leur nature même, leur stabilité, leur activité physico-chimique et aux procédés de mesure : des notions biologiques sur l'action des aérosols à distance, leur inhalation et leurs réactions physico-pathologiques sur l'appareil pulmonaire, le cœur, les vaisseaux et les glandes ; un rappel du rôle des aérosols en pharmaco-dynamie et en thérapeutique dans les affections des voies respiratoires et des traitements transpulmonaires ou hormonaux.

Un dernier chapitre, consacré à l'hygiène et à la climatisation, traite plus spécialement de l'auto-épuration de l'air, la lutte contre les aérosols toxiques et qui permet aux malades de vivre normalement dans un local en respirant les aérosols nécessaires à leur état, première étape dans le domaine d'avenir des climats artificiels.


INDICATIONS
GLUCALCIUM
GLUCALCIUM
GLUCALCIUM

Dépôt légal. — 1947. — trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

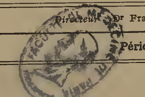
ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi



SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France.............	356 fr.
au lieu de ....375 fr.	
Un an : étudiant...........	190 »
au lieu de................200 fr.	
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Médecins des hôpitaux. — L'Administration générale de l'Assistance publique à Paris vient d'entamer la procédure réglementaire en vue de la suppression dès cette année, du concours d'assistanat en médecine.

Les conditions requises pour concourir au médicat des hôpitaux seront désormais les suivantes :

1° Etre docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux d'une ville de Faculté et avoir accompli quatre années effectives d'internat ;

2° Avoir terminé son internat depuis au moins dix-huit mois ; ce délai étant toutefois réduit à six mois pour les internes médaille d'or ;

3° Justifier de deux des quatre certificats :

Bactériologie, anatomie pathologique, chimie biologique, physiologie et pathologie expérimentale, consacrant l'enseignement scientifique institué à la Faculté de médecine.

Chacun des certificats suivants de licence de sciences : physiologie générale, chimie générale, physique générale, biologie générale, chimie biologique, sera admis à l'équivalence avec l'un des certificats précités.

Chacun des deux certificats : microbiologie générale-hématologie, sérologie, immunologie de l'Institut Pasteur seront admis à l'équivalence avec l'un des certificats de la Faculté de médecine.

Toute licence de sciences sera admise comme l'équivalent de deux certificats de la Faculté de médecine.

A titre de mesure transitoire, aucun certificat ne sera exigé en février 1948, un seul certificat sera exigé en janvier 1949 et deux certificats seront exigés en février 1950.

Pour tous renseignements, s'adresser au bureau du Service de l'Administration, 3, avenue Victoria, escalier A, 2e étage, tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de 15 h. à 17 h.

Concours

Ophtalmologiste des hôpitaux de Paris

(une place)

Ce concours sera ouvert le mercredi 29 octobre 1947. m

MM. les candidats seront prévenus par lettre du lieu et de l'heure de cette première séance.

Les inscriptions pour ce concours seront reçues au bureau du Service de santé de l'Administration, 3, avenue Victoria (Escalier A, 2e étage), du jeudi 2 au mercredi 15 octobre 1947, de 14 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Concours pour la nomination à une place d'O.R.L. des hôpitaux de Paris. — Ce concours s'ouvrira le vendredi 7 novembre 1947.

Inscriptions du jeudi 2 au mercredi 15 octobre 1947, inclusivement, de 14 à 17 heures, tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés) à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé.

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Hôpital communal de Courbevoie (Seine). — Un concours pour la nomination du gynécologue-accoucheur aura lieu le lundi 27 octobre 1947. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 6 octobre inclusivement à la Direction départementale de la Santé de la Seine, 1, avenue Victoria, Paris (4e).

Hôpitaux de Seine-et-Oise

Concours spécial sur épreuves de médecins des hôpitaux d'Arpajon (2 pl.), Corbeil, Longjumeau, Mantes-Gassicourt, Montmorency, Pontoise, Le Raincy, Saint-Germain, Versailles, Villeneuve-Saint-Georges. Ce concours s'ouvrira le 4 novembre 1947, à Paris. Inscriptions jusqu'au 15 octobre

1947, inclusivement. Les candidats ne pourront concourir que pour un seul poste qu'ils devront déterminer en envoyant leur demande d'inscription au concours.

S'inscrire à la Direction départementale de la Santé de Seine-et-Oise, 25, boulevard du Roi, à Versailles.

Concours spécial sur épreuves de chirurgiens des hôpitaux d'Argenteuil, Arpajon, Gonesse, Rambouillet, Villeneuve-Saint-Georges. Ce concours s'ouvrira le 13 novembre 1947, à Paris. Inscriptions jusqu'au 15 octobre 1947 inclusivement. Les candidats ne pourront concourir que pour un seul poste déterminé au moment de l'inscription.

S'inscrire à la Direction départementale de la Santé de Seine-et-Oise, 25, boulevard du Roi, à Versailles.

Concours spécial sur épreuves pour la nomination des électro-radiologistes des hôpitaux de Beaumont-sur-Oise, Etampes, Gonesse, Mantes-Gassicourt, Meulan, Orsay, Rueil-Malmaison.

Le concours s'ouvrira à Paris le 24 novembre 1947.

Inscriptions pour le concours spécial et pour le concours normal « éventuel » reçues jusqu'au 1er novembre 1947 à la Direction départementale de la Santé de Seine-et-Oise, 25, boulevard du Roi, à Versailles.

Faculté de médecine de Paris

Transformation de chaire. — Par arrêté en date du 8 juillet 1947, la chaire de stomatologie est transformée en chaire de clinique stomatologique.

Faculté de médecine d'Alger
Institut d'hygiène et de médecine d'outre-mer

I. Certificat de microbiologie.

Un cycle de conférences et de travaux pratiques en vue de la préparation au certificat aura lieu du 13 octobre au 30 novembre 1947.

Peuvent s'inscrire les étudiants en médecine et pharmacie ayant terminé leur scolarité.

Le registre d'inscriptions sera clos le 10 octobre 1947. 20 élèves seront acceptés en raison des possibilités matérielles.

II. Diplome d'hygiène et de médecine d'outre-mer.

Les cours et stages cliniques et travaux pratiques se dérouleront du 1er mars au 30 mai 1947.

III. 25e anniversaire de la fondation de l'institut.

Des manifestations pour commémorer le 25e anniversaire auront lieu à Alger, à Pâques 1948.

Légion d'honneur. Guerre

Grand-Officier. — M. le professeur Léon Binet, médecin commandant de réserve, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; 34 ans de services, 5 campagnes. Commandeur du 31 décembre 1943. Titres exceptionnels.

Commandeur. — M. le médecin général du cadre de réserve Dejouany ; M. le médecin général inspecteur Costedoat ; M. le médecin général inspecteur Hugonot ; M. le médecin général inspecteur du corps de santé colonial Peltier ; MM. les médecins colonels Martin (A.-M.) et Thonverez ; M. le pharmacien colonel, du corps de santé colonial, Pichat.

Officier. — MM. Bruas, médecin comm., Lecarbont et Roche, méd. lieut.-col. ; Desormaux, méd. col. ; Baur, Rouget, Champouillon, Chainet, Demimuid, Duhart, Passager, Geay et Bousquet, méd. lieut.-col. ; Sauvez, méd. col. ; Kerny, pharm. colonel.

MM. les médecins colonels du service de santé colonial : Caffiero, Goinet, Chevai, Possn et Rivoallen. M. le pharmacien lieutenant col. Reydet.

Chevalier. — MM. le médecin lieut. Jean, dit Aman-Jean ; les méd. lieut.-col. et command. Oudjari, Bolzinger, Gorsse, Baenziger, Cosnier, Graby, Delmas, Undreiner, Piana, Retat, Duran, Luigi, Delaby, Vaillant, Dani et Moret. MM. Coulbeaux et Le Dall, pharmaciens.

MM. les médecins lieut.-col. du Service de santé colonial Vaisseau, Balzeau, Bernard, Beaudiment, Carrier, Favier, Beautès et Malicet ; MM. les méd. comm. Pélissier, Taillard, Hostier, Baqué, Diaz-Cavaroni, Lorre, Duvey et Dot.

Commandeur. — M. le médecin gén. Solier, en Extrême-Orient.

Officier. — M. le médecin colonel Le Rouzic, en A.O.F. ; M. le méd. lieut.-col. Morvan, au Niger ; M. le méd. cap. honoraire Latouche (Paul-Jules-Léon), d'Autun.

Chevalier. — M. le méd. comm. Laviron, en A.O.F. ; M. le méd. capitaine Alfonsi, en Extrême-Orient ; M. le méd. com. Jean Hesse.

Légion d'honneur. Santé publique

Commandeur. — Dr Edmond Lesné, membre de l'Académie de médecine.

Officier. — Prof. F. Dévé (Rouen) ; Dr Dupont (Mantes) ; Esnault ; prof. René Fabre, doyen de la Faculté de pharmacie ; Dr Laffineur (Maubeuge) ; Nora, Oberlin, Petiteau, Prat (Nice) ; Vallas (Bordeaux) ; prof. Vaucher (Strasbourg).

Chevalier. — M. d'Ayrenx, Mme Delanoe, Mlle Dispagne, MM. Raoul Faidherbe, Fitte, Forest, Robinet, Schaffner, Simon, Lucien Thiollier (Saint-Etienne).

(Promotion de l'Institut Pasteur)

Commandeur. — Dr Blanc directeur de l'Institut Pasteur du Maroc ; Dr Dujarric de la Rivière, sous-directeur de l'Institut Pasteur à Paris ; Dr René Legroux, directeur du cours supérieur de l'Institut Pasteur à Paris.

Officier. — Dr Bouchet, chef du service O.R.L. à l'hôpital Saint-Louis ; Dr Durand (Tunis) ; Lacassagne (Lyon) ; Lemeteyer, Lemoigne, Machebœuf, Magrou, René Martin, L. Roux (de l'Institut Pasteur à Paris) ; M. Petit, inspecteur général des écoles vétérinaires.

Chevalier. — Mlle Benoit, MM. Bonnefoi, Bretey (Institut Pasteur de Paris) ; Buttiaux, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Lille ; Mlle Chauvin, MM. Chevé, Colas-Belcour, Dodero (Hanoï) ; Dopter (P.-L.) (Lille) ; Dufaure, Girard, Mlle Guillaumie, M. Kolochine, MM. Laporte, Pierre Lépine, Lwoff, Nicol, Pierre Nicolle, Quiéry (Institut Pasteur) et le professeur Simonnet (d'Alfort).

Education nationale

Hygiène scolaire et universitaire

3 médecins scolaires conventionnés à temps plein sont demandés pour le département de la Corse.

Pour tous renseignements s'adresser au médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire, 66, rue Saint-Sébastien, à Marseille.

Santé publique

Conseil permanent d'hygiène sociale

M. le Dr André Meyer, médecin des hôpitaux de Paris, et M. le Dr Hertzog, chirurgien assistant des hôpitaux de Paris.

MM. les Drs Pilod, ex-professeur au Val-de-Grâce, directeur général du Comité national de défense contre la tuberculose et Rist, membre de l'Académie de médecine, ont été nommés membres du Conseil permanent d'hygiène sociale et affectés, en cette qualité, à la commission de la tuberculose.

Médecins consultants régionaux de pédiatrie. — M. le Dr J. Boisseau, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre correspondant de l'Académie nationale de médecine est nommé médecin consultant régional adjoint de pédiatrie pour la région de Marseille et affecté spécialement au département des Alpes-Maritimes.

Médecins de sanatoriums. — M. le Dr Levrel, médecin adjoint au sanatorium de Plougonven (Finistère) a été mis à la disposition de M. le ministre de l'Intérieur en vue de son affectation à un établissement de cure d'Algérie.

Nécrologie

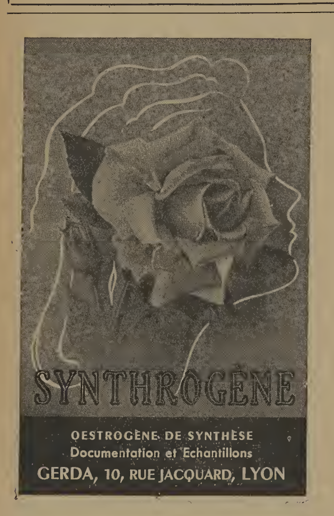
On annonce la mort accidentelle, au cours d'une ascension dans le massif du Pelvoux, de M. Leconte de Poly. Il était le beau-frère de notre confrère et ami M. Jean Mignon, du Concours Médical, à qui nous adressons nos très affectueuses condoléances.

AVIS

Prière de joindre à toute communication la dernière bande d'adresse.

Changement d'adresse : 10 francs.

Nous rappelons que tous les numéros anciens, c'est-à-dire antérieurs à 1947, sont vendus uniformément au prix de 7 francs (abaissé à 6 francs).


SYNTHROGÈNE
OESTROGÈNE DE SYNTHÈSE
Documentation et Echantillons
GERDA, 10, RUE JACQUARD, LYON


A NOUVEAU
le
SUISERYL
SÉRUM NORMAL DE PORC
POUR LE TRAITEMENT
BIOLOGIQUE
DES
ENTÉRITES et ENTÉRO-COLITES
TOXI-INFECTIONS
D'ORIGINE ALIMENTAIRE
TROUBLES DIGESTIFS FÉBRILES
DU NOURRISSON
COLIBACILLOSES ET
LEURS COMPLICATIONS
Voie buccale
Voie rectale
ROUSSEL
LES LABORATOIRES ROUSSEL
INSTITUT DE SÉROTHÉRAPIE HÉMOPOÏÉTIQUE
97 rue de Vaugirard _ PARIS (6e) _ Littré 68 22
90

Quelques réflexions sur l'anesthésie à l'occasion d'un voyage d'études aux Etats-Unis

par André Germain

L'anesthésie est certainement un des facteurs les plus importants qui expliquent l'avance actuelle indiscutable de la chirurgie américaine.

Cette proposition est particulièrement vraie en ce qui concerne la chirurgie thoracique à plèvre ouverte où les progrès immenses accomplis depuis une douzaine d'années n'ont pu se réaliser que grâce aux perfectionnements parallèles dont l'anesthésie a été l'objet. L'anesthésie moderne, permettant, par le circuit fermé et l'intubation trachéale de lutter d'une façon pratique et efficace contre les effets nocifs du pneumothorax ouvert en établissant l'hyperpression nécessaire, a donné au chirurgien le facteur de sécurité indispensable pour aborder, sans mortalité prohibitive, les différents organes intra-thoraciques : poumon, œsophage, cœur, vaisseaux.

C'est également grâce à elle, ainsi qu'aux progrès réalisés dans le traitement du choc et les soins pré- et post-opératoires qu'ont été rendues possibles certaines interventions abdominales particulièrement longues (5, 6 ou 7 heures), shockantes et hémorragiques : duodéno-pancréatectomies en 1 temps ou anostomoses porto-caves pour hypertension portale, par exemple.

Il est important enfin d'ajouter que l'absence d'anesthésie adéquate ne ferme pas simplement l'accès à certains domaines de la chirurgie. Même dans le champ de l'activité courante, elle est responsable de désastres et de complications dont on ne saurait trop souligner la fréquence et le caractère navrant. La plupart, en effet, pourraient être évités grâce à une meilleure connaissance de principes fondamentaux de physiologie et de pharmacologie. Si l'on veut bien songer un instant à l'importance respective des rôles du chirurgien et de l'anesthésiste au cours d'une opération, on se rendra compte d'une façon évidente que la plupart du temps la balance penche nettement du côté de celui qui, à tout instant, a entre les mains la fonction primordiale de la respiration, celle d'apporter l'oxygène indispensable à la vie et dont il n'existe dans l'organisme aucune réserve. On peut dire sans craindre le paradoxe qu'un anesthésiste ignorant ou inexpérimenté peut faire infiniment plus de mal qu'un chirurgien peu instruit ou malhabile.

Or, ce qui fait sans aucun doute la supériorité de l'anesthésie américaine est l'existence, dans la plupart des grands centres, d'écoles d'anesthésie où l'on forme, en un ou plus souvent deux ans, par une instruction à la fois théorique et pratique, un corps de spécialistes expérimentés rompus aux différentes techniques dans les domaines divers de la chirurgie. Il est à remarquer du reste que le nombre des *médecins* anesthésistes va sans cesse grandissant aux dépens de celui des infirmières qui n'ont plus, à l'heure actuelle, que quelques rares écoles à leur disposition. Le domaine de cette spécialité tend en effet à s'élargir considérablement et à nécessiter des connaissances médicales étendues. L'anesthésiste discute avec le chirurgien avant l'intervention du choix de l'anesthésie et prescrit la prémédication adéquate ; il a, pendant l'opération, la responsabilité de la thérapeutique antichoc; il continue d'ailleurs son rôle de réanimateur après l'intervention en surveillant les perfusions et l'oxygénothérapie ; familier avec l'endoscopie, il est à même d'instituer à temps, dans les suites opératoires, l'aspiration trachéo-bronchique pour lutter contre les complications pulmonaires ; enfin, indépendamment des anesthésies par inhalation, il a la charge des anesthésies locales, régionales, rachidiennes et des différentes infiltrations sympathiques faites dans un but diagnostique ou thérapeutique.

Un anesthésiste moderne est donc bien loin de l'image qu'on se fait parfois d'un technicien manœuvrant les robinets d'une machine en apparence compliquée : c'est, pour le chirurgien, un collaborateur indispensable sur qui repose une énorme responsabilité nécessitant une formation médicale solide.

En matière d'anesthésie, il s'agit donc avant tout d'un problème d'enseignement médical. Confier une anesthésie à un jeune étudiant en médecine qui n'a reçu à ce sujet aucune instruction valable est un crime. S'attacher, comme le font certains chirurgiens, un spécialiste non médical, n'est de toutes façons qu'une solution individuelle et partielle, et dont le bénéficiaire même n'est bien souvent pas satisfait. Si l'on veut que la chirurgie moderne prenne en France l'essor qu'on est en droit d'attendre, il faut attaquer le problème à sa base et créer des centres d'enseignement capables de former des médecins spécialistes suffisamment nombreux et instruits.

Certes, le problème comporte des données extrêmement complexes et difficiles à résoudre, parmi lesquelles le type de l'organisation hospitalière est loin d'être négligeable. Il est évident par exemple que la formule américaine de gros blocs opératoires à multiples salles d'opérations groupées justifie plus volontiers l'emploi d'un professeur d'anesthésie en raison du nombre important d'élèves qu'il peut diriger et surveiller facilement. Cependant, notre formule de services chirurgicaux séparés ne doit pas constituer un obstacle insurmontable. Le problème vaut bien la peine qu'on s'attache à le résoudre coûte que coûte.

Il ne nous appartient dans le cadre de cet article, ni de donner des suggestions précises au sujet de l'organisation de l'anesthésie, ni de fournir des indications de technique proprement dite, ni enfin d'étudier avec quelque détail les problèmes spéciaux qui posent, pour l'anesthésiste, les différentes variétés de chirurgie. Nous voudrions simplement donner un court aperçu de certains principes fondamentaux d'anesthésie dans le domaine de la chirurgie courante, insister en particulier sur les plus fréquents des manquements ou erreurs, sur la gravité de certains accidents et les moyens d'y remédier.

Des considérations qui vont suivre, nous avons appris à mieux comprendre l'importance, au cours d'un stage d'anesthésie effectué dans le service du Dr E.-A. Rovenstine au Bellevue Hospital de New-York, que nous voulons remercier ici de son accueil bienveillant. Nous avons d'autre part fait de très larges emprunts à un petit livre récent, d'une clarté d'exposition remarquable : *Anesthesia in General Practice*, écrit par S.-C. Cullen, professeur d'anesthésie à l'université d'Iowa.

**

Médication pré-anesthésique

L'importance d'une bonne médication préanesthésique ne saurait trop être soulignée. La stabilité et la sécurité d'une anesthésie sont en effet directement influencées par elle et bien des anesthésies difficiles ou troublées reconnaissent uniquement à leur base une préparation inadéquate.

En matière de médication préanesthésique, il ne devrait y avoir *aucune systématisation* : c'est une erreur de confier implicitement le choix des drogues, leur mode d'administration, leur dose et leur horaire à l'infirmière soignante qui, par entente plus ou moins tacite « fait comme d'habitude ». Il s'agit au contraire, connaissant les propriétés essentielles et les effets nocifs possibles des diverses drogues, de régler la préparation anesthésique dans chaque cas particulier en tenant compte *non pas de l'acte opératoire envisagé à proprement parler*, mais de l'état du malade, de l'agent anesthésique sélectionné et de sa technique d'administration.

A. — Trois groupes principaux de médications préanesthésiques sont utilisés : la morphine, les produits du groupe belladoné et les barbituriques.

1° La *morphine* est une médication extrêmement utile, à employer pratiquement toujours. Elle augmente le seuil d'apparition de la douleur, ce qui la rend particulièrement désirable avant une rachi-anesthésie ou une anesthésie locale ; elle réduit d'autre part l'irritabilité réflexe et l'activité métabolique et par conséquent facilite l'induction et diminue la quantité d'agent anesthésique nécessaire.

Deux dangers essentiels doivent cependant être évités.

Le premier est celui d'une *administration trop tardive* qui risque de laisser le malade à la fin d'une intervention sous la double influence déprimante de l'anesthésique et de la morphine. Il faut, au contraire, que le plein effet de la médication soit obtenu *au début* de l'intervention, et à cet effet régler l'horaire d'administration suivant la voie utilisée : 90 min. pour la voie sous-cutanée, 45 min. pour la voie intramusculaire,

15 min. pour la voie I. V. avant l'intervention. Cette dernière est par conséquent très recommandable, particulièrement en cas d'urgence et toutes les fois où l'on ne peut prévoir avec suffisamment d'exactitude l'horaire de l'intervention. Elle évite bien des erreurs et laisse à l'anesthésiste responsable le soin de la prémédication.

Le deuxième danger est constitué par le *surdosage*. Il est dangereux d'administrer de telles doses préopératoires de morphine que le malade arrive en salle d'opérations dans un état de dépression marquée. La diminution des échanges respiratoires peut en effet être si marquée qu'il court un gros risque d'asphyxie pour peu que les voies respiratoires s'obstruent.

2° Il y a toujours intérêt à associer à la morphine *un produit du groupe belladoné*. Ce dernier diminue les sécrétions muqueuses et l'irritabilité réflexe d'origine vagale, procure un certain degré de sédation psychique et contrebalance enfin la dépression respiratoire de la morphine. Sauf aux deux âges extrêmes de la vie (au-dessous de 5 ans et au-dessus de 75 ans), la *scopolamine* doit être employée de préférence à l'*atropine ;* en effet, elle détermine une meilleure sédation psychique et procure souvent un état d'amnésie pour tout ce qui touche aux préparatifs de l'intervention ; enfin, elle contrebalance mieux la dépression respiratoire et l'effet émétisant de la morphine.

3° Les *barbituriques* sont utilisés pour procurer un certain degré d'hypnose et protéger contre l'action toxique et convulsivante de la novocaïne.

Leur emploi doit être recommandé : 1° préalablement à l'anesthésie locale en utilisant un barbiturique à action courte du type Nembutal ; 2° avant une rachianesthésie parce qu'elle procure au malade un meilleur confort ; 3° avant une anesthésie au protoxyde d'azote parce qu'en raison de sa faible puissance une hypnose préalable est utile.

Son usage, par contre, est *à déconseiller* avant une anesthésie à l'éther en raison du danger de laryngospasme, par suite de l'hyperirritabilité vagale due au barbiturique et de l'action irritante de l'éther.

B. — En ce qui concerne les DOSES DES MÉDICATIONS PRÉANESTHÉSIQUES, il faut tenir compte, *non pas du type de l'opération envisagé, mais de deux facteurs essentiels :*

1° *L'agent anesthésique choisi*, il y a lieu, par exemple, d'administrer, préalablement à une anesthésie au protoxyde, une prémédication plus intense que si l'on avait sélectionné des agents anesthésiques plus puissants comme l'éther ou le cyclo-propane.

2° *Le degré d'irritabilité réflexe du malade*. A cet égard l'âge joue certainement le rôle le plus important. Il faut savoir que la courbe d'irritabilité réflexe croît en flèche jusqu'à 5 ans, reste très élevée pendant l'adolescence, pour décroître progressivement à partir de 15 à 18 ans. On a par conséquent tendance généralement à administrer des doses insuffisantes chez les enfants et trop fortes par contre chez les vieillards.

De ce qui précède, on voit qu'il est impossible de fixer même brièvement les doses à employer. Tenant compte dans chaque cas particulier des différents facteurs, on peut simplement se rappeler, à titre d'indication, qu'un adulte moyen devant subir une anesthésie à l'éther recevra une dose de morphine oscillant entre 0 gr. 010 et 0 gr. 015. Les doses correspondantes de scopolamine associées seront de 0,0004 et 0,0006, c'est-à-dire dans le rapport de 1 à 25 qui s'est avéré le plus efficace. Si, chez le même individu, on emploie un barbiturique en vue d'une anesthésie locale ou rachidienne, la dose moyenne de Nembutal sera de 0,10 à 0,18.

***

Airway

Toutes les considérations relatives à l'*Airway*, c'est-à-dire au libre passage de l'air dans les voies aériennes, constituent certainement le *chapitre de loin le plus important de l'anesthésie quel qu'en soit le type*. 90 % des morts anesthésiques relèvent d'une obstruction des voies respiratoires, donc en fait d'une véritable asphyxie par strangulation — constatation d'autant plus navrante qu'avec un bon airway et une source disponible d'oxygène la mort a bien peu de chances de survenir au cours d'une anesthésie. Indépendamment de ces tragédies, les conséquences d'une obstruction respiratoire partielle sont peu négligeables. Elle accroît la fatigue du malade et accélère par conséquent la survenue du choc. Elle rend difficile l'obtention et le maintien d'une anesthésie adéquate et égale. Chacun a souvenance de ces inductions longues et pénibles où le malade obstrué, asphyxié et ne dort pas tout à la fois. Luttant contre l'obstacle par des mouvements diaphragmatiques excessifs, il « pousse », au grand énervement du chirurgien qui commande à l'anesthésiste de « monter le masque »... ce qui n'arrange rien, au contraire.

Prévenir autant que possible toute obstruction des V. R.

Savoir la reconnaître et la traiter correctement à temps, apparaît donc comme la tâche la plus essentielle de l'anesthésiste. L'obstruction peut siéger en trois endroits principaux à l'aéropharynx, au larynx ou au niveau de l'arbre trachéo-bronchique.

Obstruction respiratoire supérieure.

I. L'obstruction au niveau de l'*oropharynx* est à la fois la plus commune et la plus facile à traiter. Elle est due en général à la chute de la langue en arrière quand survient le relâchement de la mâchoire. Elle se traduit par une gêne respiratoire, surtout à l'inspiration qui est ronflante. Les moyens de lutte sont bien simples et efficaces : tourner la tête de côté, luxer en avant la mâchoire et mettre en place une canule oropharyngée sont des gestes bien connus. Quelques vérités méritent cependant d'être redites à ce propos.

1. C'est une erreur de vouloir mettre systématiquement une canule oropharyngée au début de toute anesthésie générale par inhalation et surtout de vouloir la placer de force chez un malade insuffisamment endormi. On risque, pour peu que la manœuvre soit brutale, d'entraîner un réflexe tussigène d'intolérance et même d'inciter un laryngospasme.

2. Dans certains cas où l'on a des difficultés pour introduire une canule oropharyngée, il faut savoir utiliser une canule nasopharyngée constituée simplement par un vieux tube endotrachéal courbe de Magill que l'on coupe à longueur voulue.

3. Enfin, la pose d'une canule pharyngée ne donne pas à coup sûr un airway satisfaisant et ne dispense par conséquent en rien de placer la tête légèrement de côté et de maintenir la mâchoire en avant.

II. L'obstruction respiratoire par *laryngospasme* est heureusement plus rare mais peut-être infiniment plus dramatique. Elle se traduit essentiellement, quand elle est incomplète, par une gêne respiratoire avec sifflement aigu à l'inspiration. Un certain nombre de *facteurs déclenchants* méritent d'être bien connus si l'on veut en empêcher l'apparition.

1. Le laryngospasme peut être incité par une brusque et excessive concentration d'anesthésique.

A ce titre doivent être particulièrement redoutées, au début de l'anesthésie, les vapeurs d'éther entraînées par barbottage et arrivant non réchauffées au contact des voies respiratoires supérieures.

2. L'irritabilité laryngée induite par les barbituriques est un danger suffisamment net pour proscrire l'emploi de l'évipan ou du pentothal chaque fois qu'un acte opératoire risque, par voie réflexe, de déclencher un spasme de la glotte (dilatation anale, ruginage de côtes, tiraillement sur le plexus solaire, intervention sur le cou) à moins de s'être prémuni contre cette redoutable éventualité par une intubation trachéale préalable.

3. Le laryngospasme est dû souvent enfin à une simple irritation locale. C'est ainsi qu'il peut être déclenché par une tentative infructueuse d'intubation trachéale, ou plus simplement encore par la présence d'un corps étranger au contact du larynx : sang, débris de vomissements.

Il faut être prêt à mettre en œuvre l'aspiration de ces corps étrangers dès qu'on en sait la présence. Ce simple geste est d'autre part le premier à accomplir en cas de laryngospasme car il suffit bien souvent à faire cesser l'accident. En cas d'insuccès, un moyen très simple et très souvent efficace consiste à forcer de l'oxygène sous pression en pressant sur le ballon immédiatement avant chaque inspiration, manœuvre qui nécessite évidemment un système clos et un masque étanche.

Si le spasme ne cède pas, ce qui est rare, une dernière ressource s'offre à l'anesthésiste qui doit toujours être prêt à la pratiquer ; c'est l'intubation trachéale : il faut alors franchir à tout prix les cordes spasmées en adduction, même au risque

de les traumatiser plus ou moins. Dans cette gamme d'armes thérapeutiques, il n'y a aucune place pour la respiration artificielle par pression directe sur le thorax : le problème n'est pas de faire sortir l'air du thorax et décomprimant la cage thoracique, mais de l'y faire entrer. On risque ainsi par cette manœuvre totalement illogique et inutile de perdre les courts instants disponibles pour sauver le malade de l'asphyxie certaine si l'accident se prolonge.

Obstruction respiratoire inférieure.

Les voies respiratoires supérieures ne constituent pas le seul siège possible d'obstruction. La trachée et les bronches, elles aussi, peuvent avoir leur lumière plus ou moins encombrée par des produits de toutes sortes venus de l'arbre trachéo-bronchique lui-même, ou inhalés à partir des voies respiratoires supérieures : mucus, sécrétions purulentes, sang, vomissements. Tous les degrés existent dans les troubles produits par l'obstruction, depuis la simple gêne respiratoire avec diminution des échanges jusqu'à la véritable inondation bronchique asphyxique. De toutes façons, l'obstruction bronchique non dégagée reste la grande initiatrice des complications pulmonaires post-opératoires à partir de l'atélectasie qu'elle engendre. Aspirer les sécrétions à l'intérieur de l'arbre trachéo-bronchique apparaît donc dans bien des cas comme une nécessité. Elle peut être réalisée par l'*intubation trachéale* à l'aide d'un cathéter introduit dans la lumière du tube. L'intubation est en outre le seul moyen d'obtenir à coup sûr un bon airway et d'être paré à toutes les éventualités. On ne devrait pas la regarder comme un procédé d'exception ; ses dangers sont minimes quand elle est correctement exécutée par des mains expertes et les services qu'elle peut rendre sont tels que tout anesthésiste devrait être entraîné à sa pratique et avoir à sa disposition le matériel nécessaire.

Une expérience suffisante dans ce domaine étant acquise, *les indications de l'intubation trachéale* deviennent extrêmement nombreuses :

1° Il est avantageux de l'utiliser quand les voies respiratoires supérieures du patient sont inaccessibles à l'anesthésiste du fait de la position de l'opéré (notamment le décubitus ventral), ou du fait de manœuvres chirurgicales exécutées au niveau du cou et de la tête. Dans cette dernière éventualité, l'usage de raccords adaptés au tube endotrachéal permet en outre à l'anesthésiste de se dégager complètement du champ opératoire et de ne pas gêner le chirurgien.

2° L'intubation trachéale est indiquée également chaque fois qu'un corps étranger quelconque risque d'entrer dans les voies respiratoires supérieures ou inférieures. Ce corps étranger peut être du sang envahissant l'œsopharynx, le larynx, la trachée ou les bronches lors d'interventions à leur voisinage. La mise en place d'un tube endotrachéal permet de prévenir l'entrée du sang dans les voies respiratoires inférieures ou de l'en déloger par aspiration.

Le risque d'inondation des voies respiratoires inférieures par du pus et du sang est particulièrement grand dans les interventions pour lésions pulmonaires suppurées (dilatation des bronches, abcès du poumon, kystes pulmonaires, etc.). Dans ces cas, l'encombrement des voies respiratoires peut être tel qu'il est souvent nécessaire, pour anesthésier le malade, de recourir à une bronchoscopie aspiratrice immédiatement avant l'opération et que dans le courant de l'intervention, l'aspiration de l'arbre trachéo-bronchique à travers le tube endotrachéal doit être effectuée à de fréquentes reprises.

Enfin, les voies respiratoires inférieures risquent d'être envahies par des liquides de vomissements chez les malades dont l'estomac n'est pas vide. On comprend que ce danger soit particulièrement grand en cas d'occlusion intestinale. Chez ces malades, l'aspiration gastro-duodénale préopératoire doit être continuée pendant l'intervention et si une anesthésie générale par inhalation est choisie, l'intubation trachéale se trouve indiquée.

3° Enfin, chaque fois qu'il peut être nécessaire de mettre en œuvre une respiration contrôlée ou artificielle, chaque fois qu'il faut pouvoir gonfler un poumon avec facilité dans la chirurgie à plèvre ouverte, l'intubation trachéale reste le moyen le plus sûr de réaliser ces objectifs, par suite de la communication libre et patente qu'on établit entre le ballon et l'arbre trachéo-bronchique. Différents procédés sont utilisés pour créer un système étanche et éviter les fuites entre le tube et la trachée ; ballonnets insufflables, montés sur les sondes endotrachéales, tamponnement pharyngé à la gaze, usage en plus de l'intubation de masques étanches.

Avant de clore ce court aperçu sur ce chapitre si important de l'airway, nous voudrions insister sur la *nécessité impérieuse pour l'anesthésiste de disposer d'une source d'aspiration quelconque* (trompe à eau, aspirateur électrique). Toute salle d'opération devrait comporter deux bouches d'aspiration utilisables respectivement par le chirurgien et l'anesthésiste. L'aspiration doit faire partie de l'arsenal indispensable de l'anesthésiste au même titre que l'oxygène. Elle est le moyen le plus efficace pour lutter contre l'obstruction des voies respiratoires en les débarrassant du sang, des mucosités, du pus ou des liquides de vomissements qui peuvent, dans bien des cas, l'encombrer. S'engager dans une anesthésie sans l'avoir rapidement disponible, constitue un risque qu'il est impardonnable de prendre.

Répétons-le, *la plupart des morts sur la table d'opération sont des morts par asphyxie* et beaucoup d'entre elles seraient évitées si l'on comprenait mieux l'importance du problème de « tuyauterie » et de « ramonage » que pose toute anesthésie et si en présence d'accidents d'obstruction respiratoire manifeste on reposait moins souvent ses espoirs thérapeutiques sur la traditionnelle respiration artificielle par pression manuelle sur la cage thoracique et sur les inévitables analeptiques cardio-respiratoires.

Anesthésiques par inhalation

Les trois agents anesthésiques généraux par inhalation les plus couramment utilisés sont : l'éther, le cyclopropane et le protoxyde d'azote.

Ether. — Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la qualité de l'anesthésie américaine ne provient pas de l'abandon progressive de l'éther.

D'une façon générale d'ailleurs les progrès en anesthésie ont moins tenu à la découverte de corps nouveaux que dans une meilleure utilisation des différents agents. Il existe évidemment des écoles où la vogue de tel ou tel agent est plus ou moins forte. Le centre du M. G. H. par exemple, où l'on fête cette année le centenaire de la première anesthésie à l'éther se devait presque par tradition de rester fidèle à cet agent tandis que l'école du Bellevue Hospital, dirigée par un des promoteurs de l'anesthésie au cyclopropane, Rovenstine, utilise ce gaz d'une façon intensive et que Waters, de l'Université de Wisconsin, reste un fervent adepte du protoxyde d'azote. On peut dire cependant d'un façon générale que l'éther reste, aux U. S. A. « l'agent anesthésique de base » et que pour beaucoup (Cullen, Blalook, Beecher, etc.) « il faille de sérieuses raisons pour lui préférer un autre agent ».

Il présente en effet des *avantages énormes :*

— C'est un anesthésique *très puissant* permettant une bonne anesthésie avec une oxygénation de 85 %.

— Il donne un *bon relâchement musculaire* permettant d'aborder avec aise l'étage sus-ombilical de l'abdomen.

— *Sa marge de sécurité est considérable* en ce sens qu'il y a loin de la dose donnant une anesthésie satisfaisante à la dose toxique déterminant l'arrêt respiratoire.

— Enfin ses *effets circulatoires* et en particulier son action toxique sur le myocarde sont réduits *au minimum.*

— Par contre, *aucun de ses inconvénients n'est absolument majeur.*

— Certes, il agit assez *lentement* et les inductions et réveils sont quelquefois un peu longs. Mais on peut pallier dans une large mesure à cet ennui en remplaçant l'éther par le protoxyde d'azote pour l'induction et la fin de l'anesthésie.

— D'autre part, il exerce une *action irritable* indiscutable sur les voies respiratoires. Mais l'emploi pré-anesthésique des produits du groupe belladoné pour diminuer les sécrétions, l'usage pour l'induction du N_2O auquel on a ajouté progressivement des vapeurs d'éther, l'aspiration systématique des sécrétions dans le courant et à la fin de l'anesthésie et une surveillance post-opératoire adéquate pour la prévention des complications pulmonaires, sont autant de facteurs qui contribuent à rendre ce danger de l'éther pour les voies respiratoires plus théorique que pratique. Même la tuberculose pulmonaire ne constitue pas pour certains (Beecher en particulier) une contre-indication à l'usage de l'éther. De fait, l'anesthésie à l'éther a été employée dans les résections pulmonaires pour tuberculoses opérées par Churchill et Sweet

au M. G. H. avec des résultats comparables è ceux obtenus ailleurs entre les meilleures mains avec d'autres agents anesthésiques.

— Un autre inconvénient de l'éther est constitué par les *troubles* qu'il détermine sur le *métabolisme des hydrates de carbone*. Même chez un sujet normal, la glycémie monte souvent au cours de l'anesthésie à des taux variant entre 1 gr. 5 et 2 gr. %. Son emploi, par conséquent, doit être proscrit chez les diabétiques tout au moins si leur diabète n'est pas contrôlé.

— Enfin, dans 30 % des cas environ, le réveil est suivi par des *nausées et des vomissements*. Cet inconvénient, déplaisant pour le malade, n'entre cependant en ligne de compte d'une façon plus importante que dans certains états de dénutrition marquée ou de déséquilibre métabolique tels que la reprise précoce de l'alimentation avec un régime adéquat constitue une nécessité dans les soins post-opératoires.

Cyclopropane. — Le cyclopropane a pour *avantages :*

— La *rapidité* de son induction et de son réveil qui, par ailleurs, comporte moins souvent de vomissements qu'avec l'éther.

— La *puissance de son action*, comparable à celle de l'éther, puisqu'il permet une oxygénation de 85%.

— Son *peu de retentissement sur le métabolisme des hydrates de carbone.*

— Son *absence presque complète d'action irritante sur les voies respiratoires.*

En revanche, *ses inconvénients* sont peu négligeables :

— Il détermine un *relâchement musculaire de qualité moins bonne* que celui de l'éther. Employé seul, le cyclopropane rend assez malaisé l'abord de l'étage supérieur de l'abdomen.

— Sa *marge de sécurité est assez faible.* Le cyclopropane déprime très vite la respiration et de fait les arrêts respiratoires ne sont pas rares.

Cette action déprimante est d'ailleurs particulièrement goûtée par certains chirurgiens thoraciques en raison de l'immobilité relative du champ opératoire qu'elle entraîne et de l'aisance procurée de ce fait dans les manœuvres chirurgicales. Ils opèrent donc après syncope délibérément provoquée par le cycloprane et sous respiration contrôlée remplaçant totalement la respiration spontanée du malade. Il n'empêche qu'un agent anesthésique déterminant une telle dépression respiratoire ne peut être manié que par un anesthésiste expérimenté rompu au contrôle de la respiration.

— Surtout, le cyclopropane exerce une *action toxique* indiscutablement sur le *cœur* et c'est là son *inconvénient majeur.* La survenue fréquente d'arythmies, le risque même de fibrillation ventriculaire commandent une *surveillance particulièrement serrée du pouls.* Comme le chloroforme, le cyclopropane sensibilise le cœur à l'adrénaline dont l'usage est par conséquent absolument contre-indiqué. La prévention et le traitement des arythmies cardiaques dues au cyclopropane comprend deux moyens essentiels. Le plus généralement employé est l'usage de l'éther pour remplacer ou compléter le cyclopropane. Certains même recommandent l'éther à titre préventif en petites doses complémentaires, dans toute anesthésie au cyclopropane. L'autre moyen, expérimenté récemment avec succès dans certains centres, consiste à lutter contre l'hyperirritabilité du myocarde avec une perfusion continue d'une solution de novocaïne dans du sérum dont on règle le débit à volonté.

Le *protoxyde d'azote* présente les *avantages* suivants :

— *L'induction et le réveil sont rapides et plaisants.*

— Le gaz est totalement *ininflammable* et permet par conséquent l'usage du thermocautère.

— Enfin et surtout, son peu de retentissement sur le métabolisme des hydrates de carbone, son action non irritante sur les voies respiratoires et d'une façon générale sa toxicité presque nulle, en font l'agent le moins dangereux en présence d'une oxygénation suffisante.

— *Mais* c'est un anesthésique *peu puissant* ne déterminant une anesthésie profonde qu'avec 10 % d'O_2. Si l'on veut conserver une oxygénation suffisante (20 %) pour éviter l'anoxie, le degré de l'anesthésie est assez faible. En particulier, le relâchement musculaire est insuffisant pour la plupart des interventions abdominales.

a) Par conséquent, à titre d'agent anesthésique unique et en présence d'un taux d'O_2 adéquat de 20 %, ne s'utilise guère avec fruit que pour les interventions assez courtes où le relâchemnt musculaire n'est pas indispensable et où l'on ne recherche qu'un état d'analgésie passager et quelquefois répété. On comprend donc son emploi largement diffusé *en obstétrique* et *en dentisterie ;*

b) Mais la non toxicité du N_2O constitue un avantage tel que ses usages ont été considérablement élargis. On s'en sert tout d'abord d'une façon intensive pour l'*induction des anesthésies à l'éther.* On évite ainsi les inconvénients dus à l'action irritante des vapeurs d'éther sur l'appareil respiratoire en administrant ces dernières progressivement sur un malade soumis à une induction rapide et plaisante par le N_2O ;

c) D'autre part, le N_2O peut être employé seul avec une proportion de 20 % d'O_2 pour des anesthésies de longue durée ne nécessitant pas de relâchement musculaire (thoracoplasties, mastectomies, greffes cutanées, mastoïdectomies, thyroïdectomies, interventions sur le rein, réfections périnéales), *à condition toutefois de réduire suffisamment l'irritabilité réflexe et l'activité métabolique du malade.* Trois moyens principaux sont à la disposition de l'anesthésiste pour atteindre ce but :

1° *L'administration d'une prénarcose particulièrement forte* en utilisant l'association d'un barbiturique par voie buccale et de morphine scopolamine par voie parentérale ;

2° L'adjonction au N_2O d'un *barbiturique I.V.* tel que le penthotal ;

3° Ou un *lavement à l'avertine.*

d) Si l'on ajoute enfin que le protoxyde peut être employé conjointement au *curare* (nous reviendrons sur l'usage du curare) dans des interventions où le relâchement musculaire est indispensable, on se rend compte que le champ de cet agent peut être considérablement élargi.

On peut donc conclure que le protoxyde d'azote employé seul en présence de 20 % d'oxygène est un anesthésique peu puissant ne pouvant guère servir que pour des interventions de courte durée ne nécessitant pas de relâchement musculaire. L'erreur est précisément de vouloir, avec une prémédication insuffisante, obtenir une anesthésie au N_2O d'une qualité approchant celle de l'éther : un tel degré de narcose ne s'obtient qu'au prix d'une anoxie néfaste et on louvoie perpétuellement entre l'asphyxie et le réveil. De là vient probablement en grande partie l'opinion généralement répandue de la tendance hémorragique engendrée par le N_2O. Elle s'explique en effet pour beaucoup par l'hypertension d'origine asphyxique qui accompagne l'administration de N_2O avec une proportion insuffisante d'O^2. Pour obtenir une anesthésie adéquate d'assez longue durée au N_2O sans descendre au-dessous d'une oxygénation de 20 à 25 %, il est nécessaire de compléter l'action du N_2O par un des moyens énumérés plus haut. Ainsi compris, ce mode d'anesthésie apparaît un des plus utiles et des moins dangereux.

Méthodes d'anesthésie par inhalation

Les agents anesthésiques par inhalation peuvent être administrés en circuit ouvert, par insufflation, en circuit semi-clos et en circuit fermé avec absorption du CO^2 par la chaux sodée. Il serait bien trop long de décrire ces différentes méthodes d'administration, d'en discuter les avantages et les inconvénients ainsi que les indications respectives.

Il convient simplement de noter que l'anesthésie en *circuit fermé avec absorption du CO^2* constitue la *méthode de choix* universellement adoptée aux Etats-Unis depuis son introduction clinique en 1923 par WATERS.

Les Américains utilisent cependant parfois quelques agents volatils, l'éther par exemple, en *circuit ouvert* au moyen d'un appareil rudimentaire constitué par un masque en armature métallique tendu de quelques épaisseurs de gaz sur laquelle on fait tomber l'éther goutte à goutte. Ce mode d'administration est réservé presque exclusivement aux enfants et aux interventions de très courte durée. Il est curieux de remarquer qu'il n'existe pratiquement pas d'intermédiaire entre ce mode archaïque d'anesthésie à l'éther et l'appareillage complexe du circuit fermé. En particulier, aucun appareil rappelant le masque d'Ombredanne ne figure dans le matériel de l'anesthésiste. Ainsi cet appareil, dont l'usage est quasi général en France, est totalement inconnu aux E. U. Bien plus, la plupart des médecins anesthésistes en ignorent même l'existence et le principe. Nous avons eu confirmation de ce fait d'une façon évidente au cours d'une réunion hebdomadaire des anesthésistes du Bellevue Hospital, Une

lettre a été lue, provenant de leur professeur, le Dr ROVENSTINE, alors en mission en Tchécoslovaquie. L'auteur y décrivait l'état de l'anesthésie dans le pays qu'il visitait, s'étonnait en particulier de l'absence de tout appareil à circuit fermé et constatait la profusion de masques d'Ombredanne qui constituait l'appareillage pour ainsi dire unique. Or, le lecteur, médecin anesthésiste instruit et expérimenté, n'a cependant pu déchiffrer le mot « Ombredanne » que, grâce à notre aide, et nous a demandé quelques mots d'explication sur le mode de fonctionnement de cet appareil. Le masque d'Ombredanne a pourtant donné des milliers et des milliers d'anesthésies satisfaisantes et constitue certainement un gros perfectionnement sur l'anesthésie à la compresse. Il ne convient donc pas d'avoir à son égard l'ostracisme et l'ignorance des Américains. Cependant, la connaissance de ses défauts devrait en restreindre sensiblement l'usage. Tout d'abord, on n'a aucune action sur la quantité d'O_2 inhalée, de même qu'on ne peut contrôler avec sûreté l'élimination du CO^2. En cas d'arrêt respiratoire, aucune respiration artificielle n'est possible à l'aide du ballon puisqu'il s'agit d'un système ouvert. Pour la même raison, l'appareil n'est pas adéquat pour les interventions intrapleurales où l'on a besoin d'une pression positive pour gonfler le poumon.

Tous ces inconvénients sont supprimés dans l'*anesthésie en circuit fermé* qui se rapproche beaucoup plus étroitement des conditions physiologiques normales. Le taux d'oxygénation peut être considérablement élevé (en particulier avec l'éther et le cyclopropane), fait hautement désirable en cas de choc ou d'hémorragie et chez les malades à réserves respiratoires diminuées. Le gaz carbonique exhalé est intégralement absorbé. La suppression d'évaporation de l'eau par les voies respiratoires évite le refroidissement et la déshydratation pendant l'opération. Par suite du « rebreathing » la quantité d'anesthésique consommée est infiniment moindre et par conséquent l'anesthésie plus économique. Il s'établit entre la teneur de l'anesthésique dans le mélange gazeux et dans les humeurs un équilibre qui permet d'obtenir une narcose égale et constante. Il est possible, au cours d'une anesthésie, de changer d'agent. Enfin, l'étanchéité du système permet d'agir efficacement sur le ballon pour pratiquer la respiration artificielle ou contrôlée, surtout si le malade a été préalablement intubé.

L'anesthésie en circuit fermé avec absorption de CO^2 peut s'administrer selon deux *modes* : le « To and Fro » et le « circuit-filtre » selon que le courant respiratoire passe sur la chaux sodée aux deux temps de la respiration ou à un seul. Chaque système a ses avantages et ses inconvénients ; le To + Fro est plus simple, mais réalise au voisinage de la tête du malade un encombrement plus gênant ; l'étanchéité risque moins d'être compromise que dans le circuit-filtre parce qu'il y a moins de joints et pas de soupapes. En revanche, la proximité de la chaux sodée et des voies respiratoires du patient rend possible parfois l'inhalation de poussière de chaux sodée si l'on ne l'a pas filtré soigneusement au préalable. Par ailleurs, l'augmentation de chaleur due à la réaction chimique d'absorption du CO^2 est plus grande dans le To + Fro de telle sorte qu'il faut changer assez fréquemment le récipient de chaux sodée si l'on veut éviter au malade une hyperthermie excessive. La proximité du ballon dans le To + Fro ainsi qu'une résistance plus faible à la respiration donnent plus d'efficacité à la respiration contrôlée et rendent le système préférable chez l'enfant.

En dépit de ces différences, il faut reconnaître que le choix du système est surtout une question d'école et d'agent anesthésique électif. Le cyclopropane en effet peut être administré très commodément au To + Fro tandis que le CF convient mieux à l'éther avec induction préalable au N_2O.

Curare

Les remarques sur l'emploi du curare en anesthésie viennent tout naturellement à leur place à propos des anesthésies générales par inhalation. Le curare, en effet, *n'est pas un agent anesthésique en lui-même, mais un complément de l'anesthésie générale.*

Depuis Claude BERNARD, on connaît bien la propriété du curare de déterminer une paralysie musculaire par inhibition de la plaque motrice à l'action de l'acétylcholine. Cette propriété paralysante n'a cependant été introduite d'une façon pratique dans le domaine de l'anesthésie pour obtenir le degré de relâchement désirable qu'en 1942, par GRIFFITH, grâce à la mise au point par les laboratoires Squibb, d'un extrait stable livré sous le nom d'*Intocostrin* et contenant 20 unités par cc.

L'usage du curare présente un intérêt considérable en ce sens que l'on peut utiliser des doses d'agent anesthésique assez faibles en obtenant cependant tout le relâchement musculaire souhaitable, d'où par conséquent un réveil plus rapide et des suites anesthésiques moins troublées. Jusqu'à présent, aucune action toxique n'a été relevée contre le curare en particulier ni sur le rein, ni sur le foie. Le gros danger cependant est la paralysie des muscles respiratoires et l'asphyxie consécutive si l'on ne pratique pas la respiration artificielle. Fort heureusement, la paralysie musculaire apparaît d'abord à la face et au cou, puis aux extrémités, à la paroi abdominale et aux intercostaux et enfin seulement au diaphragme. Il n'empêche que la dépression respiratoire est toujours à craindre et qu'en principe, il vaut mieux administrer le curare sous intubation trachéale, de manière à être prêt à contrôler efficacement la respiration à tout moment. La respiration artificielle est en effet le moyen le plus sûr de lutter contre la paralysie respiratoire du curare. La *prostigmine* peut, dans le cas d'administration d'une dose excessive de curare, être utilisée avec fruit pour inhiber l'effet du curare et en augmentant l'excitabilité musculaire à l'acétylcholine. Mais son emploi doit être très prudent car il peut engendrer un bronchospasme.

L'agent le plus fréquemment utilisé avec le curare est le *cyclopropane*. Dans cette association, on n'a pas à craindre de dépression respiratoire excessive ou prolongée en utilisant des doses « optima » de curare. On peut obtenir une anesthésie adéquate avec un bon relâchement musculaire dans des conditions faciles et le malade bénéficie d'une induction plaisante, d'un réveil rapide et d'un minimum de malaises post-anesthésiques.

Voici brièvement décrite la technique d'administration avec le C_3H_6 pour une intervention abdominale. L'induction est faite comme d'habitude et l'on pousse l'anesthésie jusqu'au second plan. Au moment de l'incision cutanée, le curare est injecté dans une veine à la dose initiale de 60 unités (3 cc.) chez un adulte moyen. En quelques minutes, l'effet curarisant est obtenu et le relâchement musculaire adéquat pour l'ouverture péritonéale et l'exploration chirurgicale. Si cette quantité n'était pas suffisante, une dose supplémentaire de la moitié de la dose initiale est injectée après 5 minutes. Dans le courant de l'intervention et pour la fermeture, on peut injecter de petites doses complémentaires de 1 cc. à 1 cc. 5, 4 à 8 cc suffisent en général pour une intervention de une heure et demie à deux heures. Vingt minutes en général après l'injection, le curare perd son effet.

Le curare peut être utilisé également *avec le N_2O* à condition d'intuber le malade parce que les doses de curare nécessaires pour obtenir le relâchement musculaire « adéquat » sont supérieures et que le risque de paralysie respiratoire est plus grand.

Avec l'éther, l'usage du curare est beaucoup moins fréquent. L'éther, en effet, procure à lui seul un relâchement musculaire de bonne qualité. On peut cependant utiliser le curare si l'on désire employer une dose d'éther plus faible, à condition de savoir que l'éther a par lui-même une certaine action curarisante et que les doses de curare devront être deux ou trois fois moins grandes qu'avec le cycloproprane.

Signalons enfin que le curare peut également être utilisé en *association avec le penthotal*, ce mode d'anesthésie étant particulièrement apprécié de certains endoscopistes.

Ainsi, le curare est un agent utile pour améliorer le relâchement musculaire au cours d'une anesthésie générale. Mais il faut bien être pénétré de son inconvénient majeur qui réside dans une marge de sécurité relativement faible entre la dose optima et celle capable de déterminer une paralysie respiratoire. Il ne doit être employé que par un anesthésiste expérimenté prêt à pouvoir établir immédiatment en cas de besoin une respiration artificielle adéquate. Les plus gros déboires sont à craindre si l'on sort des limites indiquées par ses propriétés pharmacologiques, si l'on en fait un usage excessif ou inconsidéré en voulant masquer des erreurs fondamentales d'anesthésie.

Pentothal

Nous serons bref sur ce mode d'anesthésie intraveineux qui est bien connu en France. La notion de son emploi, très répandu par les chirurgiens militaires lors de la deuxième guerre mondiale, a peut-être cependant élargi faussement ses indications dans l'esprit de beaucoup, d'autant que son induction rapide et extrêmement agréable, ainsi que la facilité de son administration

sont autant de facteurs qui le font apprécier à la fois des malades et des chirurgiens.

— Tout d'abord, il ne faut pas demander trop au penthotal. C'est un hypnotique puissant déterminant un sommeil profond chez un adulte moyen à la dose de 15 cg. d'une solution à 2,5 %. Mais c'est un *agent anesthésique peu puissant*, déterminant un relâchement musculaire médiocre. Comme la marge est assez faible entre la dose anesthésiante et celle déterminant l'arrêt respiratoire, on risque, à vouloir une anesthésie profonde, un accident grave et par conséquent la plupart des interventions abdominales sont incompatibles avec ce mode d'anesthésie.

— En outre, la rapidité du réveil est inversement proportionnelle à la durée de l'hypnose. *Une intervention de longue durée sous anesthésie au pentothal est donc peu recommandable* en raison de la prolongation excessive de la dépression post-anesthésique.

— Surtout, et c'est là le point capital à retenir, le pentothal est une drogue parasympathominiétique très active. A ce titre, elle a tendance, par l'intermédiaire du tonus vagal exagéré, à déclencher un *laryngo-* ou un *bronchospasme*. De ce fait découle la *nécessité d'administrer préalablement* au pentothal *un produit du groupe belladoné :* atropine ou scopolamine.

De ce fait découle également et surtout *la seule contre-indication absolue à l'emploi du pentothal,* à savoir *toutes les fois où pendant la durée de l'opération et pour quelque temps après on ne peut être assuré d'un airway satisfaisant.*

Cela signifie qu'à moins d'avoir recours à l'intubation trachéale, le pentothal

— ne doit pas être utilisé dans les cas où l'on peut craindre l'apparition d'un spasme laryngé par suite de l'irruption, dans les voies respiratoires, de sang, mucus, pus ;

— vomissements ou autres corps étrangers ;

— ni dans ceux où, du fait de la position du malade (en particulier la position ventrale), on ne peut être certain de maintenir un libre passage dans les voies respiratoires.

Chez les malades devant subir une intervention comportant un ruginage costal ou une dilatation anale, l'usage du pentothal est dangereux en raison même de ces manœuvres qui peuvent entraîner par voie réflexe un laryngospasme.

Il faut se méfier également des examens endoscopiques (bronchoscopie ou œsophagoscopie) ainsi que de l'intubation trachéale faite sous pentothal. En effet, l'introduction du laryncoscope, du tube endotrachéal ou de l'instrument endoscopique risque de provoquer un spasme laryngé difficile à vaincre et pouvant déterminer un degré sévère d'anoxémie. Si l'on veut intuber un malade sous narcose au pentothal, il est nécessaire de pratiquer au préalable une anesthésie locale du pharynx et des cordes vocales.

En tenant compte de ses dangers et de ses contre-indications. on doit réserver électivement le pentothal en tant qu'agent anesthésique aux interventions de courte durée, en particulier au niveau des extrémités.

Là ne se bornent pas ses usages. Le pentothal est en effet un excellent agent d'induction pour l'anesthésie au cyclopropane et au N_2O. Son usage est, par contre, à déconseiller préalablement à l'éther par suite du danger de laryngospasme lors de l'administration de ce dernier. L'hypnose du pentothal peut être très utilement associée à l'anesthésie locale ou rachidienne.

Pour terminer ces quelques considérations sur le pentothal. il faut redire *le danger de dépression respiratoire* en présence de doses excessives de barbiturique : la respiration devient superficielle et quelque peu accélérée, parfois même s'arrête totalement, tandis que parallèlement la tension artérielle s'effondre plus ou moins. Des gestes essentiels et précis doivent composer le traitement d'un tel accident. Ce sont dans leur ordre chronologique et d'importance :

1° L'établissement d'un airway satisfaisant ;

2° L'inhalation d'un excès d'oxygène ;

3° La mise en œuvre d'une respiration artificielle, et

4° L'administration de substances vaso-pressives éphédrine en particulier) pour ramener la tension artérielle à son niveau normal. L'usage des différents analeptiques respiratoires (coramine, lobéline, caféine) n'est pas de mise. Ces médicaments peuvent entraîner une amélioration transitoire de l'activité respiratoire, mais ils n'aident en rien la désintoxication et ne réduisent pratiquement pas la période de dépression.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 27 JUIN 1947

Ictère hémolytique fébrile « post abortum ». Traitement par la pénicilline. Guérison. — MM. A. LEMIERRE, P. MOLARET, M. MORIN et FORTIN estiment que l'heureux résultat obtenu chez leur malade a été dû à la précocité du traitement, tandis que, dans les cas antérieurement publiés, les injections de pénicilline n'ont été commencées qu'à la fin du troisième jour de la septicémie.

Mégaduodénum et anorexie mentale. — MM. P. HILLEMAND et DUGUET rapportent deux observations de mégaduodénum, constatés chez des anorexiques mentales. Ils rappellent que l'anorexie mentale peut entraîner des troubles endocriniens. Ils signalent d'autre part que dans le cadre de la mégasplanchnie digestive, il existe des mégaduodénums fonctionnels secondaires à une insuffisance thyroïdienne. Ils se demandent donc si dans leurs observations, ce mégaduodénum qui aggravait l'état des malades, ne serait pas en rapport avec l'atteinte endocrinienne.

Anémie de Biermer et tuberculose : lésions folliculaires de l'estomac chez un ancien gastrectomisé. — MM. M. BARIETY et BILSKI-PASQUIER. — Un homme de 36 ans subit en 1926 une gastrectomie des deux tiers pour ulcère de la petite courbure. En 1944, à 54 ans, apparaît une tuberculose pulmonaire ulcérée, suivie, quelques mois plus tard, d'une adénite cervicale tuberculeuse, puis d'une pleurésie. En septembre 1946 se déclare une anémie de Biermer qui réagit admirablement à l'hépatothérapie massive. La mort survient cependant du fait de l'extension des lésions caséeuses. L'autopsie montre quelques granulations tuberculeuses dans le foie et la rate et surtout des nodules tuberculeux et des lésions folliculaires avec bacilles de Koch sous la muqueuse gastrique atrophiée.

Les auteurs discutent le rôle de la tuberculose dans le déterminisme de cette anémie et invoquent la dissémination tuberculeuse dans la paroi gastrique comme facteur essentiel. La gastrectomie préalable ayant eu probablement un rôle adjuvant.

Les cancers secondaires des grosses bronches. — MM. M. BARIETY et P. PAILLAS signalent la possibilité de métastases et de récidives endobronchiques de cancers viscéraux. Deux fois il s'agissait d'hypernéphromes. Une fois de cancer du sein, une fois de cancer du rectum. Ils insistent sur la longue période de latence qui peut s'écouler entre l'exérèse chirurgicale du cancer primitif et l'apparition de la tumeur endobronchique (dix ans dans un cas).

Origine des douleurs dans les sacralisations et lombalisations douloureuses. Rôle des altérations des disques. Charnière sus-jacente à la pièce transitionnelle. — M. DE SÈZE et Mme SALOFF montrent tout l'intérêt des lésions du disque intervertébral que l'on retrouve avec une grande fréquence chez les malades atteints de sacralisation douloureuse, lésions qui sont presque toujours électivement localisées sur le disque charnière sus-jacent à la pièce transitionnelle. Cette localisation élective est prouvée par une série de constatations radiographiques et chirurgicales.

Méningite purulente à pneumocoques traitée par la pénicilline. Guérison. — MM. PARAF, LEWI et ROBINEUX.

Syndrome hydropigène grave apparu après une greffe sous-cutanée de désoxycorticostérone chez un albuminurique non addisonien. — MM. Jacques DECOURT, SIBERTIN, BLANC et J. CANIVET.

Dissociation entre l'évolution de la pression artérielle et celle de l'équilibre hydro-chloruré au cours d'une poussée grave d'insufisance surrénale chez un addisonien traité par la désoxycorticostérone. — MM. Jacques DECOURT, SIBERTIN, BLANC et J. CANIVET.

A propos des incidents et accidents pots-transfusionnels. — MM. A. TZANCK et R. ANDRE, pour répondre à une question posée à la séance du 11 octobre dernier, sur les rapports entre incidents et accidents post-transfusionnels et la rapidité de l'injection du sang lors des transfusions sanguines, ont procédé à une enquête portant sur les transfusions pratiquées dans les hôpi-

taux au cours des trois derniers mois, soit environ 6.000 transfusions. Cette enquête permet de confirmer que :

— L'injection de morphine préalable diminue la fréquence des réactions post-transfusionnelles.

— Les transfusions pratiquées sans anesthésie ne sont presque jamais suivies d'incidents.

— L'incompatibilité du facteur Rh, lors des transfusions répétées, peut provoquer des accidents hémolytiques graves.

Elle permet également de conclure que :

Les réactions post-transfusionnelles, qui se produisent dans environ 15 % des cas, sont sans rapport avec la rapidité d'injection du sang. Cependant la lenteur de l'injection des 30 à 40 premiers centimètres cubes de sang doit être considérée comme une règle de pratique.

Les incidents sont plus fréquents lorsque les transfusions sont pratiquées moins de deux heures après un repas (du donneur ou du receveur).

— Il pourrait paraître souhaitable d'utiliser des donneurs appartenant au même groupe que les receveurs. Cette méthode peut être appliquée avec avantage à certains cas particuliers. Mais de nombreux exemples montrent que la détermination hâtive du groupe des receveurs expose à des erreurs de détermination susceptibles d'engendrer des accidents d'une gravité bien connue.

HYGIÈNE URBAINE

Les blocs meurtriers

Au moment où vient de s'ouvrir à Paris l'exposition de l'urbanisme et de l'habitation, il n'est pas inutile de rappeler ce qu'on a appelé les blocs meurtriers (1).

Les conditions de vie des habitants de notre planète sont soumises à des réalités topographiques et climatériques. Mais au-dessus d'elles existent des nécessités inhérentes à l'homme lui-même, qui sont fonction de son développement et de sa conservation. Autant que la nourriture et le vêtement, le logis a une importance capitale.

L'habitation est, on peut le dire, le miroir d'une société, le reflet de son potentiel et de son activité. Il y a loin de la caverne, voire de la petite maison champêtre aux maisons à nombreux étages de nos grandes cités.

Le logement de l'être humain au début de la période historique abrite de petites agglomérations : tentes et cases plus ou moins écartées les unes des autres suffisent. La formation de sociétés plus grandes aboutit à l'édification des villes. Des raisons de sécurité obligèrent les habitants à resserrer les demeures et même à les accoler. Cette première infraction à l'hygiène naturelle, car elle limitait espace, air et lumière, se multiplia par la suite et s'aggrava. L'amas de population dans les grands centres a déterminé la concentration des locaux d'habitation et leur surélévation. Non seulement on adossa de trois côtés les immeubles séparés par des rues trop étroites, mais on les développa anormalement en hauteur. Ayant ainsi logé dans le plus petit espace possible le plus grand nombre d'individus, on ne s'est guère soucié de la raréfaction de l'air et de la lumière. Ces éléments indispensables à la vie arrivent à être presque complètement supprimés dans une partie importante des maisons urbaines. On a ainsi des locaux dont le rez-de-chaussée et les étages inférieurs sont privés de soleil, sans lequel jamais une construction ni son assise ne seront salubres. D'autre part, le resserrement des édifices dont les pièces ne donnant pas sur la rue reçoivent, quand elles en sont pourvues, une lumière parcimonieuse, généralise le manque d'hygiène à tout l'immeuble.

On appelle *taudis* les plus petits et les moins confortables de ces logements insuffisamment aérés et privés de lumière et sans commodités. Beaucoup n'ont ni gaz, ni électricité, et souvent l'eau et les W.-C. sont sur le palier.

(1) Il y a bloc et bloc. On peut s'en rendre compte en visitant l'exposition du Grand-Palais. Dans les si remarquables projets de M. Perret, pour Rouen, et de M. Le Corbusier, pour Marseille, on voit des « blocs » où l'air, l'espace, la lumière solaire, le confort raffiné ne sont pas ménagés aux futurs habitants.

N. D. R. L.

Mais il y a des taudis modernes dont est responsable la cupidité des spéculateurs de terrains et des constructeurs de logis rentables. On voit des appartements à gros loyer pourvus de tout ce qu'on appelle le confort moderne : gaz, électricité, chauffage central, salle de bains, service d'eau chaude, escalier de service, ascenseur, monte-charge et qui prennent jour sur une étroite courette, véritable cage à ciel ouvert.

A ces constructions assez récentes on a donné aux Etats-Unis le nom mérité de *blocs meurtriers*. Bien entendu ils procèdent de la série. « L'exécution de ces grands cubes nés au hasard de spéculations faites au grand jour, est une des créations les plus contre nature, de ce que l'on appelle le « génie de l'homme ». Cette phrase d'Augustin Rey (1) résume l'acte d'accusation des sinistres constructions. Parmi eux se trouvent des maisons ouvrières à chambres lilliputiennes, souvent obscures quand elles donnent sur des cours étroites limitées par des bâtiments ou des murs qui ne permettent jamais au soleil d'y pénétrer.

Sous les aspects d'un pseudo-confort, on note qu'elles sont construite en mauvais matériaux avec portes, fenêtres et planchers rapidement disjoints. Mal aérées, elles sont froides l'hiver et torrides en été.

Les mêmes errements se répètent dans des immeubles bourrés d'appartements modernes où l'on a négligé le large accès de l'air et de la lumière. On voit, outre-Atlantique, les blocs meurtriers contenant par étage six appartements de cinq pièces. Sur ces trente chambres, la moitié n'a aucune fenêtre, ni aucune aération directe. Le noyau central de la maison se trouve plongé dans une complète obscurité. A l'entassement se surajoute donc une aggravation de l'hygiène dans ces chambre noires qui sont naturellement habitées.

C'est le prix du terrain, objet d'une spéculation éhontée qui détermine la surélévation des bâtiments, l'amenuisement des pièces habitations en s'opposant à la large et logique répartition en surface des locaux occupés.

Il importe donc, d'une part, de faciliter l'acquisition du sol des nouveaux lotissements à des prix peu élevés et de provoquer sans spoliation la baisse des terrains de valeur rendue artificiellement exorbitante ; d'autre part de limiter à un maximum fixé par avance le nombre des habitants sur les surfaces où seront édifiés les locaux de résidence, sans préjudice des autres mesures hygiéniques.

L'éclairage solaire sera calculé de façon telle qu'au jour le plus court de l'année (21 déc. dans l'hémisphère nord) le rez-de-chaussée des immeubles soit insolé pendant au moins 1 h. 40. Il suffit de calculer ce temps par consultation de tables astronomiques renseignant sur la déclinaison locale du soleil aux différentes époques de l'année. Il sera ainsi possible de fixer l'orientation à donner aux voies publiques et aux maisons qui les bordent, mais de déterminer aussi la largeur des rues et la hauteur maxima des édifices, permettant aux rayons solaires d'arriver chaque jour pendant un certain temps, jusqu'à la ligne où les immeubles émergent du sol... L'idéal serait la construction de maisons isolées, baignées d'air et de lumière sur toutes leurs faces.

Dans cette conjoncture, le plan des villes devra être remanié au fur et à mesure de la reconstruction des immeubles. Tout en conservant les quartiers et maisons ayant un intérêt historique qu'on pourrait transformer en musées de souvenirs, la ville rénovée devra comprendre trois villes distinctes que la disposition du site rendra concentriques ou parallèles, si encore elle ne les juxtapose. Les trois cités seront séparées par de grands espaces libres plantés d'arbres, gazonnés avec des fleurs. Au centre sera bâtie la ville administrative à maisons dont les étages transformés en bureaux recevront non seulement les installations officielles, mais les organisations privées.

Au pourtour, surtout au nord et à l'est, se dressera une ville industrielle, hygiéniquement aménagée, tandis que vers l'ouest et le midi se construirait les quartiers résidentiels, bien aérés, ensoleillés, baignant au milieu d'espaces libres et pourvus des boutiques du commerce de détail nécessaires à l'alimentation, au vêtements et à l'entretien.

Chacune de ces cités-filles sera bâtie sur un plan spécial adapté à son utilisation et sans que les nécessités élémentaires d'hygiène soient jamais négligées

Fernand Lévy.

(1) Hygiène de l'habitation, un *Traité d'hygiène*, Martin Brouardel, p. 6. Baillière, Paris, 1946.

CHRONIQUE

Une conférence du professeur René Dubos de New-York à l'Institut Pasteur

Le 30 juin, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, notre compatriote, le Professeur René Dubos, de l'Institut Rockefeller de New-York, a exposé l'état dernier des recherches qu'avec ses collaborateurs il a entreprises touchant les nouveaux procédés de culture du bacille tuberculeux et leur application à l'étude de son pouvoir pathogène.

Les cultures du bacille de Koch bien qu'obtenues dans la pratique courante demeurent malgré le progrès lentes, malaisées et hétérogènes. Depuis 1945, M. Dubos et les siens ont recherché une technique fidèle et précise qui donne en un temps satisfaisant des cultures homogènes, nécessaires à l'expérimentation et permettant d'élucider le métabolisme du microbe.

La difficulté de certaines cultures à partir des produits pathogènes et la multiplicité des milieux étudiés montrèrent la valeur des milieux synthétiques, confirmèrent le pouvoir fécondant du jaune d'œuf et firent rechercher quelle composante de ce dernier en est le support. On isola ainsi aisément — et conserva moins facilement — un corps phospholipide très oxydable préparable par synthèse, soluble à la fois dans les lipoïdes et dans l'eau où il se disperse bien en même temps qu'il « mouille » bien le bacille. Cette substance dénommée « Tween » est employée sous forme d'ester et produit des cultures homogènes satisfaisantes.

La combinaison d'un acide gras à longue chaîne qui entre dans sa molécule peut également —et avec les mêmes résultats culturaux — se faire avec les albumines du sérum mais un tel produit est plus coûteux.

Les B. K. de toutes races et le B. C. G. poussent sur ces milieux. Leur morphologie s'y modifie d'une façon constante et prévisible que le milieu soit solide ou liquide et en rapport avec la présence ou l'absence de virulence ; ces modifications sont à la fois macroscopiques et microscopiques. Il existe donc des « signes extérieurs » de la virulence.

Ce milieu permet des cultures constantes, rapides et aisées à partir des produits pathologiques ; il a vis-à-vis du B. K. un tel pouvoir favorisant qu'il peut servir de milieu sélectif et donner d'emblée des cultures pures.

Sur ses travaux d'infection tuberculeuse expérimentale le Professeur Dubos s'est excusé de ne pouvoir souvent apporter encore que des constatations plus que des explications.

En ordre dispersé il a donc mentionné :

La virulence toute particulière pour l'animal d'expérience des cultures sur milieu Tween.

Le cobaye, animal classique, a bien des défauts : taille, prix, génétique souvent imprécise. La souris, surtout certaines souches, lui est préférable avec les cultures Tween. L'injection intrapéritonéale de B. K. qui donne chez les souris des résultats habituellement inconstants en donne d'assurés si l'injection de microbes même, peu nombreux renferme un peu de jaune d'œuf. Les lésions pulmonaires sont particulièrement constantes. Un microgramme de produit est suffisant à créer des accidents dont la gravité est influencée par l'alimentation et surtout la provenance génétique de l'animal.

Fait remarquable, l'association, même tardive, d'infection tuberculeuse expérimentale (Tween) et d'infection grippale renforce la virulence de chacune, Au point d'inoculation grippale, apparaissent rapidement des lésions tuberculeuses qui sans elle seraient apparues tard ou jamais ; ceci même lorsqu'a été injecté un seul B. K isolé par micromanipulation.

A noter l'influence de la vitamine K sur le métabolisme du bacille tuberculeux ; les naphtoquinones synthétiques ont la même action mais sont trop toxiques pour servir à des essais thérapeutiques.

Le profsseur Dubos et ses collaborateurs ont enfin, les premiers réussi à transmettre a un sujet neuf l'allergie tuberculeuse passive.

La belle conférence du Professeur René Dubos a laissé ses auditeurs a la fois dans l'admiration renouvelée de tout ce que permettent les méthodes américaines lorsque des moyens matériels puissants peuvent les servir et dans le regret que ce ne soit qu'en pays ami qu'un savant français ait trouvé le moyen de donner sa mesure.

R. L.

AVIS

De nouvelles restrictions sur la consommation du papier nous ont été imposées pendant les mois de juillet et d'août.

Pour nous y conformer nous serons obligés, à notre grand regret, de ne faire paraître que trois numéros pendant le mois d'août.

Ces numéros paraîtront les samedis 9 août, 23 août et 30 août.

INTERETS PROFESSIONNELS

A.S.E.M.
Aide suisse aux enfants de médecins victimes de la guerre

L'activité de l'A.S.E.M. ne faiblit pas, Notre confrère et bien cher ami le Dr Robert d'Ernst, de Genève, continue à en être l'animateur généreux.

Le 6 juillet dernier il a présenté à la Chambre médicale suisse à Berne un rapport sur l'action de l'A.S.E.M. depuis sa fondation jusqu'au 30 juin 1947.

Il résulte de ce rapport que depuis le 25 octobre 1945 les médecins suisses ont accueilli en Suisse un total de 279 enfants de médecins victimes de la guerre, soit 168 Français, 51 Belges et 60 Anglais.

Les enfants entrés en Suisse en 13 convois organisés avec l'aide de la Croix-Rouge suisse ont été répartis dans les différents cantons, chez des confrères suisses ou dans des homes d'enfants.

On se fera une idée des sacrifices noblement consentis par nos confrères lorsqu'on saura que les souscriptions personnelles des médecins suisses ont dépassé à ce jour en francs suisses la somme de 22.468 fr. 80 c.

D'autre part les dons faits jusqu'à ce jour par les sociétés médicales, les syndicats médicaux, différentes associations et les laboratoires suisses ont atteint : francs suisses 26.881 fr. 30 cent.

Soit, au total, au cours des vingt premiers mois de l'activité de l'A.S.E.M., francs suisses 49.350 fr. 10 c.

Les dépenses : hébergement, homes, secrétariat, transports, habillement ont atteint pour ces vingt mois le total de : francs suisses 41.941,01. Notons que si la Croix-Rouge française et la British Medical Association avaient pris à leur charge les frais de transport des enfants jusqu'à la frontière suisse, tous les transports intérieurs sont restés entièrement à la charge des médecins suisses.

L'encaisse de l'A.S.E.M. au 30 juin 1947 se montait à francs suisses : 8.000. Il vient s'y ajouter une nouvelle somme de francs suisses : 8.000, offerte par la Chambre médicale de Berne.

On voit quelle est l'importance soutenue de l'effort confraternel fait par les médecins suisses. Chaque enfant représente pour eux une charge de 600 francs suisses. Leur effort ne ralentit cependant pas. Aux enfants français, belges et anglais viendront bientôt s'ajouter des enfants autrichiens et italiens.

Cette admirable confraternité ne saurait étonner, elle est dans la grande tradition de la Suisse. Elle ne peut manquer de soulever en France un nouvel élan de reconnaissance et d'amitié.

A tous les médecins suisses, et en particulier à Robert d'Ernst, organisateur infatigable, nous disons : merci.

F. L. S.

NOTA. — Les médecins français qui ont des enfants à placer en Suisse sont priés de s'adresser au professeur Portes, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e), qui centralise toutes les demandes et les transmet au Dr d'Ernst, à Genève.

Ordre des médecins. — Le J. O. du 20 juillet 1947 publie la loi n° 47-1334 du 19 juillet augmentant le nombre des représentants des médecins de la Seine au sein du Conseil national de l'Ordre des médecins.

L'article 40 de l'ordonnance du 24 septembre 1945 est ainsi modifié :

« Art. 40. — Il est institué un Conseil national de l'Ordre des médecins composé : 1° de vingt-sept membres élus pour six ans à la majorité par les conseils départementaux de chaque région sanitaire, à raison d'un membre par région, les autres membres devant être élus par le Conseil départemental de la Seine.

(Le reste sans changement).

Association générale des Médecins de France

60, boulevard Latour-Maubourg, Paris (7e)

L'Association générale des Médecins de France a tenu son Assemblée générale le 29 juin, à son siège social, 60, boulevard Latour-Maubourg, sous la présidence du professeur Baudouin. (Voir **Gaz. Hôp.**, n° 27, 5 juillet 1947, p. 406).

Suivant le désir du Conseil National de l'Ordre, elle réunissait pour la première fois toutes les Sociétés d'Entraide sous la forme mutualiste et elle a examiné le projet d'entraide déjà publié, qui prévoit pour la sécurité sociale du médecin l'adjonction à une Caisse autonome de retraite d'une organisation mutualiste.

C'est dans ce sens que l'ordre du jour ci-joint a été adopté :

ORDRE DU JOUR

L'Association générale des Médecins de France, dans son Assemblée générale tenue le 29 juin 1947 par les délégués de ses Sociétés mutualistes, Sociétés départementales et Sociétés nouvellement affiliées, dont l'effectif total atteint environ 16.000 adhérents, a la satisfaction de présenter au Conseil National de l'Ordre les deux réalisations qu'il lui a demandé de mettre sur pied :

1° Une Union qui pourra harmoniser leurs efforts ;

2° Un projet comportant l'action conjointe d'une Caisse autonome de retraite et d'une organisation mutualiste, projet qu'elle soumet avec confiance à l'examen du Conseil National.

Elle attire l'attention du Conseil National sur :

a) La nécessité de prévoir une gestion séparée pour les risques à courir, suivant leur nature, quel que soit le mode d'administration adopté ;

b) L'avantage qu'il y aurait à insérer l'action mutualiste dans un régime de sécurité sociale, suivant la tendance actuelle de la législation, en particulier pour l'assurance-maladie ;

c) La nécessité d'assurer, légalement et par des conventions ayant pour objet le contrôle et une participation à la gestion, des rapports étroits entre l'organisme mutualiste d'une part, l'Ordre et la Caisse autonome d'autre part.

Association syndicale des Médecins de la Banlieue de Paris

Les Syndicats cantonaux de la Banlieue de Paris :

Considérant que la quasi-totalité des mandats, envoyés par la Sécurité sociale pour le paiement des honoraires d'accident du travail, ne portent pas le nom des A. T. réglés ;

Considérant les difficultés insurmontables que les médecins éprouvent ainsi pour vérifier et apurer leurs comptes ;

Demandent aux Caisses de faire porter sur tout titre de paiement le nom et la date de l'A. T. et, s'il y a lieu, le motif des rectifications du montant des notes d'honoraires.

Considérant, par ailleurs, la regrettable habitude de trop de pharmaciens de réduire, parfois considérablement, la fourniture des médicaments et objets de pansements prescrits par les médecins sur les ordonnances d'accidents du travail, réductions faites sous prétexte de non-remboursement des verres et du remboursement de ces fournitures à un prix inférieur au prix de clientèle ;

Considérant que cette façon d'agir crée les plus graves ennuis aux médecins en face des Caisses de la Sécurité sociale, dans l'obligation où ils sont de majorer ou de multiplier les ordonnances ;

Considérant que, si le tarif de remboursement des fournitures pharmaceutiques pour les A. T. est trop faible, il appartient aux organismes représentatifs et légaux des pharmaciens de les faire officiellement réviser sans qu'il soit besoin d'une compensation occulte individuelle, inadmissible en fait comme en droit, pour rétablir l'équilibre ;

Flétrissent ces actes délictueux et dolosifs et demandent qu'ils disparaissent ;

Chargent l'A. S. M. B. P. d'alerter qui de droit pour faire aboutir les présents desiderata.

LIVRES NOUVEAUX

Principes élémentaires de Gymnastique corrective et de réadaptation aux activités physiques. Guide de l'Instituteur et du Moniteur pour l'Enseignement de l'Education Physique aux groupes d'enfants déficients en milieu scolaire, et Memento du Professeur d'Education Physique, par P. Pétat et G. Blanchon. (Deuxième édition.) Un vol. in-8, 212 pages, 155 figures, 315 fr. Baisse plus Taxe, net 290 fr. Envoi recommandé : 25 fr. Amédée Legrand et Cie, éditeurs, Paris 1947.

Les ouvrages qui traitent de la Gymnastique de maintien sont généralement excellents, mais ne sont pas, à proprement parler, des « Manuels scolaires ».

C'est pour combler cette lacune que furent écrits « Les principes élémentaires de Gymnastique corrective et de réadaptation aux activités physiques ».

La première édition, rapidement épuisée, il apparut nécessaire, tout en conservant à l'ouvrage les caractères pratiques qui le distinguent, de l'étoffer d'exercices plus nombreux et de chapitres nouveaux permettant aux Maîtres une vue plus étendue du problème.

Entièrement revue, corrigée et augmentée, cette deuxième édition met entre les mains des Instituteurs, Moniteurs et Professeurs, un outil de travail sûr dont les enseignements, puisés aux meilleures sources et pétris au creuset de la pratique, rendront les services les plus grands à tous les Educateurs pour qui l'Education physique n'est pas un vain mot.

Première partie : L'enfant déficient.

Deuxième partie : Technique et pédagogie de la gymnastique préventive et corrective.

Troisième partie : L'exercice naturel chez les enfants déficients.



Dépôt légal. — 1947. — 3e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).



N°s 31-32. — SAMEDIS 2-9 AOUT 1947 — 120e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux.

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France.............	356 fr.
au lieu de ....375 fr.	
Un an : étudiant............	190 »
au lieu de................200 fr.	
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

Hôpitaux militaires. — Ont obtenu le titre de médecin et de chirurgien des hôpitaux militaires à la suite du concours de 1947 :

MÉDECINS : MM. FAURE (L. L. A.), DEUMIE (L.), VELLUZ (J.) et CHEVAL (H.).

CHIRURGIENS : MM. FAVRE (R. G. J.), COUSTY (A. L. P.), MICHARD (L. A.), SARLIN (V. F. E.), FABRE (A. F. M. J.), MOUGENOT (J. M. E. E. A.)

Facultés de province

Aix-Marseille. — L'Institut de médecine et de pharmacie coloniales prend désormais le nom d'Institut de médecine et de pharmacie tropicales.

Alger. — M. MANCEAUX, agrégé, est nommé, à compter du 1er juin 1947, professeur titulaire de la chaire de psychiatrie.

Le professeur Costantini est rétabli dans ses fonctions de professeur de clinique chirurgicale à compter du 5 févier 1944.

Montpellier. — La chaire de clinique des maladies des enfants et hygiène du 1er âge (dernier titulaire, M. BOUDET, retraité) a été déclarée vacante.

Légion d'honneur. — GRANDE CHANCELLERIE

COMMANDEUR. — M. HONNORAT, président du Comité National de Défense contre la Tuberculose.

CHEVALIER. — M. le Professeur GALAVIELLE (de Montpellier), M. le Professeur GAUTHIER (de Clermont-Ferrand).

Ordre de la Santé publique

OFFICIER. — Méd. gén. Durieux, méd. col. Cheveneau, pharm. col. Pichat, M. Vernier, du S. S. colonial.

CHEVALIER. — MM. les Drs G. Abadie, Antoine, Aretas, Auffret, Ayite, Ch. Bergeret, Boiron, Bourguignon, Chevais, Chiozza, Clerc, Coulibaly, Cusset, d'Almeida, Dantoumba-Diarra,. Dejon, Dechambenoit, Depoutre, Deen, Diagne, Diallo, Dumas, Fernandez, Ferrand, Goinet, Gueye, Guérin, Héricord, Honemavo, Jonchère, Laviron, Liurette, Le Bousse, Le Gouas, Longé, Morard, Moevus, Ortholan, Ralu, Raoult, Robineau, Robni Roiff, Roustaing, Saint-Cyr, Sanankoua, Signale, Soumare, Tanguy, Toure, Traore, Yahouedeou. Yehouessi.

CHEVALIER. — M. le Dr FRANTZ, à Metz ; M. le Dr Guillaume ROUX, à Conches-les-Mines.

Congrès

Le **XXVIIe Congrès d'Hygiène**, organisé par la Société de Médecine Publique et de Génie Sanitaire, se tiendra les lundi 13, mardi 14, mercredi 15 octobre 1947, à l'Institut Pasteur (Grand Amphithéâtre), sous la présidence de M. SENTENAC, inspecteur général des Ponts-et-Chaussées, directeur général des Services techniques à la préfecture de la Seine.

Les questions suivantes sont à l'ordre du jour :

1° Le problème des déchets urbains (leur collecte, leur traitement) ;

2° L'aménagement de l'habitat urbain et rural, au point de vue de l'hygiène et du confort ;

3° La police sanitaire aérienne — ses réglementations nouvelles.

Les auteurs de communications sur l'un de ces sujets sont priés d'en adresser le titre avant le 15 août au Dr X. LECLAINCHE, secrétaire général, 1, avenue Victoria, Paris (4e).

Les XXIes Journées dentaires de Paris auront lieu cette année du 26 au 30 novembre 1947 dans les locaux de l'Ecole Odontotechnique de Paris, 5, rue Garancière, Paris (6e), sous la présidence effective de M. le professeur Portes.

Un programme détaillé paraîtra incessamment. La Société Nationale des Chemins de fer accordera une réduction à tous les congressistes et à leur famille se rendant aux XXIes Journées Dentaires de Paris.

Pour tous renseignements, s'adresser à MM. René Sudaka et Aubert, secrétaires généraux des Journées Dentaires de Paris, 143, avenue Emile-Zola, Paris (15e). Téléphone : Ségur 40-99.

Education nationale

Enseignement supérieur à l'étranger. — M. le professeur Coulouma (Pierre), directeur de l'Institut d'anatomie de l'Université de Fribourg (Suisse), est nommé professeur du cadre spécial de l'enseignement supérieur à l'étranger. (J. O., 30 juillet 1947.)

Santé publique

Comité technique des spécialités

Sont nommés membres du Comité : M. le Doyen Binet, M. le Doyen René Fabre, MM. les Professeurs H. Bénard, Cheymol, Delabry (de Paris), Balatre (de Lille), Guy Larocre, Drs Debray, Ropers, MM. Louis Cuny, Pierre Poulenc, Paul Baude et M. Vaillé.

Ecole nationale de la Santé publique. — Le J. O. du 30 juillet 1947 publie un décret fixant la rémunération du personnel enseignant de l'Ecole nationale de la Santé publique. Cette rémunération est fixée à 1.500 francs pour une heure et demie pour les professeurs ou agrégés de l'Université. Il pourra être fait appel, à titre exceptionnel, à des savants résidant à l'étranger. Il sera alors pourvu au remboursement des frais de déplacement.

Hôpitaux psychiatriques. — Le J. O. du 30 juillet publie un décret tendant à allouer des indemnités aux membres des jurys des concours pour le recrutement des médecins des hôpitaux psychiatriques et des services antituberculeux publics.

Médicaments de prescription courante. — Le J. O. du 26 juillet 1947 publie un arrêté relatif à l'inscription des formules au recueil de formules des médicaments de prescription courante.

Intérieur

Exercice de la pharmacie. — Le J. O. du 22 juillet publie le décret du 16 juillet portant application à l'Algérie de la loi du 22 mai 1946, modifiant la loi validée du 11 septembre 1941 relative à l'exercice de la pharmacie.

COURS

Cours théorique et pratique de Broncho-Œsophagoscopie.

Le Dr André Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté, fera, avec le concours de ses assistants, un cours de broncho-œsophagoscopie, qui aura lieu du 3 au 8 novembre inclus.

1° Cours théorique

1re leçon (3 novembre) : Technique de la laryngoscopie directe, de la bronchoscopie, de l'œsophagoscopie, de la gastroscopie.

2e leçon (4 novembre) : Corps étrangers des voies aériennes et digestives ; diagnostic clinique, endoscopique et radiologique.

3e leçon (5 novembre) : Problèmes mécaniques soulevés par la technique de l'endoscopie transbuccale et de l'extraction des corps étrangers des voies aériennes et digestives. Multiplicité des procédés d'extraction.

4e leçon (6 novembre) : Sur l'aide apportée au médecin par l'endoscopie dans le diagnostic des suppurations et des néoplasies des bronches et des poumons ; thérapeutique endoscopique de la bronchectasie et de l'abcès du poumon. Technique des prélèvements de sécrétions et biopsies.

5e leçon (7 novembre) : Application de l'endoscopie au diagnostic et au traitement des maladies de l'œsophage.

6e leçon (8 novembre) : Examen des malades atteints d'affections broncho-pulmonaires et de l'œsophage. Présentation de résultats.

2° Cours pratiques

Les cours pratiques comportent six leçons pratiques : trois sur le cadavre, trois sur le chien vivant. Chaque élève fera lui-même tous les exercices et toutes les manipulations, sous la direction et le contrôle du Dr Aubin.

Le programme est le suivant :

A) sur le cadavre.

1re séance (3 novembre) : Démonstration de la position du malade. Technique d'introduction des instruments. Anatomie endoscopique. Points de repère. Laryngoscopie. Bronchoscopie. Œsophagoscopie, Gastroscopie.

2e séance (4 novembre) : Corps étrangers des voies aériennes. Technique des différents procédés d'extraction.

3e séance (5 novembre) : Corps étrangers des voies digestives.

B) sur le chien vivant.

4e, 5e 6e séances (les 6, 7 8 novembre) : Même programme que sur le cadavre ; applications au chien vivant.

Ces travaux pratiques auront lieu à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin, tous les jours, de 14 heures à 16 h. 30.

Ce cours comportera au maximum douze auditeurs.

Droit d'inscription : 1.800 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, jusqu'au 1er novembre.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Chambre syndicale des Médecins de la Seine

Ordre du jour adressé au Conseil National de l'Ordre

Le Conseil d'administration de la Chambre syndicale des Médecins de la Seine, réuni le 23 juillet 1947, déclare à l'unanimité de ses membres considérer comme inacceptables certains articles du Code de Déontologie, notamment les articles 44, 64 et 76, qui menacent gravement le caractère libéral de la profession et modifient les conditions normales de son exercice.

Il demande au Conseil National de l'Ordre des Médecins de proposer d'urgence la modification ou l'abrogation des textes susvisés.

Il regrette que l'élaboration de ces textes ait été poursuivie sans la consultation préalable des organismes professionnels.

Par ailleurs, en ce qui concerne le premier paragraphe de l'article 5 et l'article 22 du même code, la Chambre Syndicale regrette avec le Conseil National que les Pouvoirs publics se soient crus autorisés à imposer des textes qui ne sont pas des règles déontologiques, mais des obligations civiques.

La Chambre Syndicale, s'associant au vœu du Conseil National, proteste formellement contre cette ingérence inadmissible, déclare qu'elle ne reconnaît pas la validité de ces textes et qu'elle n'entend pas renoncer au droit de grève, arme syndicale essentielle que la Constitution reconnaît à tous les citoyens, et qu'on tente cependant d'enlever au Corps médical au mépris de toute équité.

Chambre Syndicale des Médecins de la Seine

Communiqué

Le bureau de la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine se permet, au moment du départ en vacances, de recommander aux confrères qui ne se font pas remplacer :

1° De bien vouloir indiquer à leur domicile professionnel le nom des médecins de leur voisinage ne s'absentant pas pendant les vacances, de façon à satisfaire aux besoins de la clientèle ;

2° De se munir, s'ils partent en vacances en automobile, du **volet C** qui peut toujours être réclamé par les autorités de la route ;

3° De ne pas arborer sur les voitures l'insigne professionnel pendant les vacances, pour éviter toutes remarques.

Conseil National de l'Ordre des Médecins et Confédération des Syndicats médicaux français

60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris

A propos d'un projet de nouvelle loi sur les loyers et du droit de reprise du propriétaire sur les locaux à usage professionnel.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins et la Confédération des Syndicats Médicaux Français n'ignorent pas les inconvénients graves qui résulteraient de l'exercice du droit de reprise par les propriétaires aux dépens des médecins praticiens. La pénurie actuelle des habitations rend en effet absolument impossible la réinstallation au voisinage du cabinet abandonné. Non seulement le bénéfice des efforts faits par le médecin pour constituer une clientèle serait perdu, mais les malades ne pouvant plus faire appel à leur médecin habituel dans des conditions normales, en subiraient un dommage très certain.

Le Conseil National et la Confédération sont intervenus et interviendront en joignant leurs efforts pour que le Parlement tienne compte des nécessités, ici particulièrement impérieuses, de l'exercice de la profession médicale.

Nécrologie

On annonce la mort du professeur Duesberg, ancien recteur de l'Université de Liège, ancien ministre de l'Instruction publique de Belgique, décédé à Louvain le 12 juillet, à la suite d'un accident d'automobile.

— On annonce la mort de M. Jean Vallard, étudiant en médecine, décédé accidentellement au cours d'une ascension dans le massif de l'Aiguille d'Argentières, près Chamonix.

Quelques réflexions sur l'anesthésie à l'occasion d'un voyage d'étude aux Etats-Unis

(Suite et fin)

Par André Germain

Signes de l'anesthésie générale

Il ne semble pas inutile de revenir sur quelques notions fondamentales relatives aux signes de l'anesthésie générale, en particulier à l'éther. Trop souvent en effet l'anesthésiste inexpérimenté, faute de connaître ces signes, n'a qu'une idée bien vague de la profondeur de la narcose qu'il administre. Les graduations du masque d'Ombrédanne, le jugement du chirurgien sur le relâchement de la paroi abdominale, le ronflement du patient, qu'il estime de bon aloi, et la recherche intempestive du réflexe cornéen, constituent fréquemment les seules bases de son appréciation.

Il est bien classique, depuis Guedel, de diviser l'anesthésie en quatre stades :

stade 1 d'*analgésie*,
stade 2 d'*excitation*,
stade 3 *chirurgical*, subdivisé lui-même en quatre plans,
stade 4 d'*arrêt respiratoire*.

Deux ordres de signes principaux sont à observer : *la respiration et les mouvements des globes oculaires*, l'état des réflexes ayant une importance moindre que celle généralement attribuée.

1. L'observation de la *respiration* constitue le temps essentiel dans l'appréciation de la profondeur d'une anesthésie générale. Si nous prenons pour exemple l'anesthésie à l'éther, on observe les modifications suivantes (qui subissent d'ailleurs avec les autres agents quelques variantes que nous ne préciserons pas ici).

— *Au stade I* d'analgésie, les respirations sont régulières, normales, non modifiées. L'inspiration étant légèrement plus longue que l'expiration.

— Au *stade II* d'excitation, les mouvements respiratoires sont plus ou moins désordonnés, sans aucune schématisation possible.

— Le *stade III, chirurgical*, est marqué par l'apparition de respirations régulières à un rythme de 20 par minute environ et comportant une égalité de durée entre les deux temps expiratoire et inspiratoire (respiration de type fœtal). Ce type respiratoire persiste dans les deux premiers plans de ce stade.

Avec le plan 3, le type respiratoire s'inverse, c'est-à-dire que l'inspiration devient plus courte que l'expiration jusqu'à aboutir parfois à une véritable respiration haletante.

Pour aboutir finalement à l'arrêt respiratoire au *stade IV*.

2. Parmi les signes oculaires, ce sont les *mouvements des globes oculaires qui ont le plus d'importance*. Pendant les stades I et II les globes oculaires restent mobiles. Leur mobilité diminue pendant le plan 1 du stade III et *disparaît dès l'entrée du plan 2*.

Il est à noter qu'une position excentrée d'un ou deux globes oculaires a la même valeur que la mobilité oculaire. En d'autres termes, pour parler de plan 2 du stade III, il faut constater une paralysie totale et égale des deux globes oculaires.

L'état de la pupille varie bien trop avec les différents agents anesthésiques, avec surtout les diverses médications préanesthésiques pour avoir une grande valeur pratique. On peut très bien négliger les renseignements fournis dans cet ordre d'idées. L'humidité ou la sécheresse de la conjonctive présente cependant un certain intérêt : tant que l'œil reste humide, on peut être assuré que le patient se trouve dans la partie haute du stade III ; au contraire, la sécheresse oculaire coïncidant du reste souvent avec une mydriase, est en général l'indice d'une anesthésie profonde au plan 3 ou 4 du stade III.

3. Examinons maintenant l'état d'un certain nombre de *réflexes :*

Le *vomissement* tend à apparaître (dans les deux sens) à la jonction du stade II d'excitation et du stade III chirurgical. Ce fait est une des raisons pour lesquelles il est souhaitable de ne pas prolonger le stade d'excitation et de surveiller particulièrement le patient au moment du réveil, pour éviter l'inhalation de liquides de vomissements.

Le *réflexe cornéen* disparaît avec l'entrée dans le plan II du stade chirurgical. Il n'y a cependant pas intérêt à rechercher ce réflexe avec trop d'insistance et de fréquence en raison du danger de traumatisme septique. On peut très bien avoir une idée approchante en soulevant la paupière supérieure et en observant sa vitesse de chute. Une paupière paresseuse revenant lentement dénote une anesthésie au plan II ou III, tandis qu'une fermeture brusque est un indice d'anesthésie plus légère.

Le *réflexe glottique* disparaît dans la zone intermédiaire, entre le plan III et le plan IV, et le réflexe au niveau de la bifurcation trachéale ne disparaît qu'à la partie basse du plan IV. De ces notions sur l'état des réflexes des voies respiratoires découlent trois règles importantes relatives à l'intubation trachéale :

1° L'introduction d'un tube endotrachéal sous anesthésie générale doit être faite sur un sujet profondément endormi amené jusqu'au plan III, de manière à éviter une réaction trop violente. Une bonne règle consiste à « imprégner » encore le patient pendant deux ou trois minutes supplémentaires à partir du moment où l'on a l'impression que l'anesthésie est suffisamment profonde et la mâchoire bien relâchée.

2° Il ne faut pas s'affoler si, au début d'une intubation trachéale, le malade présente des secousses diaphragmatiques violentes. Le malade réagit presque toujours plus ou moins à l'introduction du tube. Il ne faut surtout pas enlever le tube sous prétexte de parer à une asphyxie menaçante, mais contrôler la respiration et faire pénétrer dans l'arbre respiratoire un supplément d'anesthésie jusqu'à stabilisation.

3° Le fait que plus on descend dans la trachée, plus les réflexes sont longs à disparaître, montre bien le danger qu'il y a à enfoncer trop loin le tube trachéal. Il serait en effet, dans ce cas, nécessaire, pour éviter toute réaction du malade, d'augmenter la profondeur de l'anesthésie à un degré hors de proportion avec les besoins de l'acte opératoire.

Rachianesthésie

La rachianesthésie présente les deux avantages considérables de donner un relâchement musculaire d'excellente qualité et de déterminer une contraction de la musculature intestinale par paralysie des fibres sympathiques. Il en résulte de telles commodités opératoires en chirurgie abdominale que beaucoup la considèrent comme l'anesthésie de choix et l'adoptent d'une manière intensive en raison en outre de sa simplicité technique.

En réalité, il faut abandonner à son égard toute attitude de facilité. Bien que l'analgésie ne porte que sur un segment du corps, l'anesthésie rachidienne doit être considérée comme une véritable anesthésie générale dans la mesure où les modifications produites par la paralysie des racines rachidiennes retentissent sur l'organisme tout entier. Ce retentissement, d'autant plus important que le niveau de l'anesthésie est plus élevé, risque de se traduire par des accidents parfois fort graves d'ordre circulatoire ou respiratoire qu'on a trop volontiers tendance à méconnaître ou à oublier. Il est vraisemblable que cette tendance trouve en partie son explication dans la regrettable absence de toute surveillance sérieuse dont sont entourés beaucoup de malades opérés sous rachianesthésie. C'est une des surprises attendant le visiteur français d'un service chirurgical américain que de constater les précautions inaccoutumées et quelque peu abusives en apparence dont s'entoure toute anesthésie rachidienne : un anesthésiste qualifié est seul autorisé à la pratiquer ; il en vérifie à plusieurs reprises le niveau ; il surveille toutes les cinq ou dix minutes la tension artérielle, le pouls, la respiration. Une seringue remplie d'une substance vaso-pressive est à portée de la main et l'appareil d'anesthésie par inhalation est prêt à administrer de l'O_2 et à permettre la respiration artificielle.

La rachianesthésie présente de tels avantages qu'il n'est nullement question de vouloir la discréditer. Ce peut être dans les cas choisis une excellente anesthésie à condition de bien connaître la posologie du produit employé, d'en régler le choix, la dose, le niveau et la vitesse d'injection suivant le niveau désiré de l'anesthésie et la longueur anticipée de l'acte opératoire, à condition également d'établir une surveillance de tous les instants et d'être prêt à faire face immédiatement à tout accident par des mesures appropriées. En aucune façon, elle ne doit équivaloir à l'introduction pure et simple d'une certaine dose de novocaïne ou produit similaire à l'intérieur de l'espace sous-arachnoïdien

sans autre préoccupation ni surveillance d'aucune sorte. Une telle conception, par les désastres qu'elle entraîne, doit être hautement condamnée.

Nous voudrions donc, sans aborder le problème trop vaste des différents points de technique de la rachianesthésie, insister sur ses deux dangers essentiels : l'hypotension et la paralysie respiratoire et indiquer brièvement les moyens de lutte qu'on doit savoir mettre en œuvre.

1° Hypotension.

La baisse de la tension artérielle, qui s'observe au cours de la rachianesthésie, est due principalement à la vaso-dilatation périphérique engendrée dans le territoire anesthésié par la paralysie des fibres sympathiques contenues dans les racines médullaires.

Cette hypotension suit d'assez près l'installation de l'anesthésie (moins de 30 minutes de toutes façons et habituellement dans les 5 minutes).

— Elle est sous la dépendance d'un certain nombre de facteurs dont le plus important, de loin, est le *niveau de l'anesthésie*. Plus celui-ci est élevé et plus le risque d'effondrement tensionnel est grand. En principe, c'est dans les anesthésies atteignant le splanchnique qu'il faut le craindre particulièrement, c'est-à-dire dans celles qui remontent au-dessus de D_{10} (niveau de l'ombilic en topographie cutanée).

— Un deuxième facteur est constitué par les *changements de position* imprimés au malade. Il est d'observation courante de noter à leur occasion une baisse marquée de la tension artérielle. La position proclive est, à cet égard, la plus nocive, mais n'importe quel autre changement de position ou le simple fait de transporter le malade de la table sur un chariot ou dans son lit peut entraîner un effondrement tensionnel. Aussi importe-t-il d'effectuer ces manœuvres avec le plus de douceur possible et ne pas relâcher la surveillance avant que la tension artérielle ne se soit montrée stable à plusieurs examens successifs après le retour du malade dans son lit.

— Enfin, la paralysie intercostale qui accompagne une anesthésie rachidienne haute, diminue la ventilation pulmonaire, entraîne par conséquent un certain degré d'hypoxie avec rétention excessive de CO^2 dans le sang qui, à son tour, en présence d'une paralysie sympathique des vaisseaux périphériques, accroît encore leur dilatation et l'hypotension consécutive. Aussi, l'usage d'inhalation de CO^2 en vue d'exciter le centre respiratoire d'un malade rachianesthésié est-il formellement contre-indiqué.

L'hypotension, au cours de la rachianesthésie, entraîne une stase sanguine dans les zones de vasodilatation, une diminution de masse sanguine veineuse de retour, un abaissement du débit cardiaque et par conséquent une *hypoxie des centres cérébraux*. Du reste, la traduction clinique de l'hypotension est constituée par des signes d'hypoxie cérébrale : nausées et vomissements, confusion mentale, anxiété, soif d'air, tachycardie. C'est la sensibilité particulière de ces centres à l'anoxémie qui constitue le danger primordial, en raison des lésions irréversibles qui risquent de se produire pour peu que le trouble se prolonge.

Traitement préventif.

Un certain nombre de mesures ont prouvé leur efficacité dans la prévention de l'hypotension au cours de la rachianesthésie.

I. C'est essentiellement l'*injection de substances vaso-pressives*. Leur usage comporte cependant quelques remarques importantes :

1° On n'est jamais assuré qu'un traitement préventif adéquat empêchera à tout coup l'apparition d'une hypotension soudaine et accentuée. C'est pourquoi il est *peu recommandable d'avoir recours à la rachianesthésie pour les interventions qu'on est obligé de pratiquer sur des malades en état de choc*.

2° Contrairement à ce qu'on croit généralement, *le malade hypertendu supporte beaucoup plus mal la rachianesthésie que celui à tension normalement basse*. En effet, les mécanismes de compensation sont, chez le premier, beaucoup plus déficients et les phénomènes de thrombose ont plus de chance de survenir après une période hypotensive. C'est par conséquent chez lui que l'injection prophylactique de vaso-presseurs est plus particulièrement indiquée. Dans le même ordre d'idées, certains chirurgiens américains qui ont une grosse expérience du traitement chirurgical de l'hypertension artérielle ont l'habitude, au cours du deuxième temps de leur sympathectomie thoraco-lombaire élargie, de maintenir autant que possible la tension artérielle à un niveau constant au moyen d'une perfusion contenant une substance vasopressive et dont on règle à volonté le débit.

3° L'injection à titre préventif de substances vaso-pressives n'a pas besoin d'être systématique et ne doit être faite que dans les cas où l'anesthésie aura besoin de dépasser en hauteur la 10e paire dorsale et s'accompagnera par conséquent d'une importante paralysie sympathique.

4° L'injection doit être faite intra-musculaire quinze minutes avant le début de l'analgésie de façon à laisser au médicament le temps nécessaire pour être absorbé dans le courant sanguin.

L'éphédrine à la dose moyenne de 50 mg. ou la néosynéphrine à 5 mg. sont les drogues les plus communément employées. L'usage de l'adrénaline en revanche est contre-indiqué en raison de la chute tensionnelle secondaire, parfois brutale, qui suit le coup d'hypertension.

II. Outre l'usage de vaso-presseurs, un certain nombre d'autres mesures prophylactiques sont utiles à connaître.

Les unes, comme l'*oxygénothérapie*, visent à corriger l'hypoxie cérébrale qui accompagne toujours plus ou moins la baisse tensionnelle. C'est une bonne pratique de faire inhaler au malade un excès d'oxygène au moindre signe d'anoxémie cérébrale.

— D'autres consistent à *compléter* la rachianesthésie par un certain degré de *sommeil anesthésique* produit soit par le N_2O (seul ou avec le pentothal), soit par le pentothal, soit enfin par le cycloprane. Cette pratique, systématique ou presque chez certains anesthésistes, procure au malade une anesthésie beaucoup plus agréable (avantage non négligeable si l'on considère le véritable cauchemar que certains malades sont obligés d'endurer sous les anesthésies rachidiennes mal faites), évite dans une mesure appréciable les nausées et vomissements et enfin semble diminuer la fréquence et la gravité des accidents hypotensifs.

Traitement curatif.

Si, en dépit de ce traitement préventif, une baisse tensionnelle survient, il convient d'injecter immédiatement *par voie intraveineuse* de l'éphédrine à la dose de 15 mg. ou de la néosynéphrine à la dose de 2 mg. En deux-trois minutes, une réponse doit être obtenue. Parfois, une ou plusieurs doses additionnelles sont nécessaires pour obtenir le retour de la tension artérielle à son taux initial. Deux points méritent d'être soulignés :

— L'administration de ces vaso-presseurs doit être aussi prompte que possible . Tout retard en cette matière peut se solder par des lésions irréversibles des centres cérébraux anoxémiés. C'est dire l'impérieuse *nécessité d'une surveillance attentive toutes les cinq ou dix minutes de la tension artérielle et du pouls au cours de toute rachianesthésie*. C'est dire également que la seringue sera remplie à l'avance, toute prête à servir, sans avoir à perdre les quelques minutes nécessaires à sa préparation.

— En cas d'hypotension installée, la voie sous-cutanée ou intramusculaire est inefficace en raison du retard d'absorption du produit par suite du ralentissement circulatoire périphérique. *C'est à la voie I. V. seule qu'il faut s'adresser si l'on veut une réponse immédiate et salutaire.*

II. Paralysie respiratoire.

L'autre inconvénient de la rachianesthésie se trouve dans le risque de paralysie des intercostaux et parfois même du diaphragme, dans les anesthésies hautes. Même incomplète, la paralysie respiratoire est particulièrement dangereuse chez les malades à capacité vitale déjà diminuée.

Heureusement, ces troubles respiratoires paralytiques sont facilement combattus par la respiration artificielle avec oxygénothérapie. Il est par conséquent essentiel que l'anesthésiste soit prêt à mettre en œuvre une respiration artificielle chez tout malade rachianesthésié, quel que soit le niveau anticipé de l'anesthésie. Cela signifie qu'il lui faut disposer d'un masque étanche, d'un ballon pour le *rebreathing* et d'une source d'oxygène. Il vaudrait même mieux qu'il ait tout prêt l'instrumentation économique et simple nécessaire à l'intubation trachéale, qui constitue le plus sûr moyen de ventilation artificielle. En tous cas, la respiration artificielle par méthodes manuelles est loin d'être toujours efficace et beaucoup de malades sont morts qui auraient pu être sauvés si le simple appareillage adéquat avait été disponible et utilisé à temps.

Rachianesthésie continue.

La rachianesthésie continue constitue une variante technique récemment mise en pratique et dont l'intérêt consiste à pouvoir répéter l'injection intra-rachidienne autant de fois qu'on le désire au prorata des besoins. Elle nécessite une aiguille malléable ou une sonde flexible de petit calibre (type sonde urétérale) que l'on laisse en place dans le canal rachidien pendant l'anesthésie ; elle est reliée par un long tuyau de caoutchouc à une seringue manœuvrée aisément à la tête du malade. Elle nécessite également un dispositif de coussin à brèche permettant le passage de l'aiguille quand le malade est couché sur le dos.

Les avantages de cette technique sont indiscutables :

1° Augmentation *ad libitum* de la durée de l'anesthésie ;

2° Présence à tout moment dans l'espace sous-arachnoïdien de doses plus faibles de produits anesthésiques ;

3° Concentration efficace également plus faible ;

4° Et possibilité en fin d'anesthésie ou au cas d'injection trop importante de soutirer une certaine quantité du produit par aspiration de liquide céphalo-rachidien.

Il est recommandé, du reste, d'ajouter à la solution anesthésique du glucose à la concentration de 5 à 10 %. Le glucose accélère l'apparition de l'analgésie, mais surtout rend la solution injectée plus lourde que le liquide céphalo-rachidien et par conséquent plus facilement contrôlable.

Céphalées consécutives à la rachianesthésie.

La céphalée constitue une complication assez fréquente après la rachianesthésie. Il est généralement admis actuellement quelle est due à une fuite de liquide céphalo-rachidien à travers la brèche de la dure-mère ou, plus rarement, à une méningite. Afin de diminuer l'orifice duremérien créé par l'aiguille, et par conséquent de faire baisser la fréquence des céphalées, il est recommandé d'utiliser des aiguilles plus fines que celles dont on se sert souvent. D'autre part, contrairement à la règle habituelle, il est bon, après l'intervention, de laisser au malade une liberté complète des mouvements au point même de lui autoriser le lever et la marche si par ailleurs rien ne s'y oppose. Laisser le malade à plat sur son lit, la tête basse, selon la mesure préventive de routine, ne diminue à vrai dire ni la fréquence, ni l'importance des céphalées.

***

Anesthésie locale et loco-régionale

D'une façon générale, l'anesthésie locale est assez peu employée aux Etats-Unis. Le respect du confort du malade et les exigences habituelles de celui-ci font qu'on ne réserve à l'anesthésie locale que des indications très limitées chez des malades coopératifs. Les anesthésistes américains ont par ailleurs tendance à utiliser plus que l'anesthésie locale par infiltration novocaïnique des divers plans du champ opératoire, une anesthésie régionale par infiltration à distance des nerfs commandant la sensibilité (anesthésie du plexus brachial par exemple pour certaines interventions sur le membre supérieur). Lebat a d'ailleurs beaucoup fait dans ce domaine pour vulgariser ces différentes techniques.

Il faut redire, à propos de l'anesthésie locale, la nécessité d'une bonne prémédication qui doit comprendre :

1° De la morphine, pour augmenter le confort du malade et faciliter l'analgésie ;

2° De la scopolamine qui contribue à dissiper l'appréhension ;

3° Et un barbiturique procurant un certain degré d'hypnose et contrebalançant l'effet convulsivant de la novocaïne.

Il faut surtout aborder le problème des *accidents dus aux anesthésiques locaux* parce qu'ils peuvent être très graves et que leur traitement correct est loin de constituer une notion généralement répandue.

Ces accidents, contrairement à une opinion qui a été émise parfois, n'ont pas habituellement à leur base une réaction allergique.

Dans 99 % des cas, ils sont dus à l'entrée massive du produit toxique dans le courant sanguin. Deux facteurs sont importants à considérer dans la toxicité de l'anesthésique.

1° Elle croît plus vite que sa concentration. Ainsi une solution de novocaïne à 2 % n'est pas deux fois mais quatre fois plus toxique qu'une solution à 1 %.

2° L'absorption du produit est d'autant plus grande que la zone où il est injecté ou appliqué est plus vasculaire. Le canal urétral par exemple, entouré d'un lacis veineux extrêmement riche, constitue une des zones les plus dangereuses et les accidents consécutifs à l'anesthésie locale de l'urètre en vue d'examens endoscopiques sont parmi les moins exceptionnels.

Il existe deux types d'accidents, suivant leur moment d'apparition :

— Le *type immédiat*, rare, survient au moment même de l'injection et reconnaît à son origine l'entrée directe dans un vaisseau piqué accidentellement d'une quantité importante de produit injecté rapidement. L'accident est caractérisé par un collapsus circulatoire et respiratoire soudain et complet. La rapidité de l'évolution, fatale en quelques minutes, désarme pratiquement toute thérapeutique. Deux précautions sont à prendre pour éviter cet accident dramatique :

— La première est d'injecter toujours la solution lentement.

— La deuxième, de s'assurer chaque fois que l'aiguille n'a pas pénétré accidentellement à l'intérieur d'un vaisseau.

— Le *type retardé* est le type habituel. L'accident survient en général de cinq à quinze minutes après l'injection ou l'application locale du produit anesthésique. S'il n'est pas apparu au bout de la trentième minute, il y a bien peu de chances pour qu'il apparaisse.

Les signes les plus précoces sont constitués par des modifications de l'attitude mentale du patient. Certains malades deviennent plus ou moins somnolents, cet état pouvant augmenter progressivement jusqu'au coma. D'autres accusent un certain degré d'euphorie. La précocité du retentissement cérébral commande, au cours d'une anesthésie locale, de garder toujours le contact avec son malade et de se méfier de tout changement dans son comportement. Si un malade jusque-là geignant se tait subitement, le chirurgien, loin de pousser un soupir de soulagement, doit au contraire redoubler de surveillance. On doit alors prendre le pouls qui peut être de mauvaise qualité sans que le rythme soit bien modifié, et la tension artérielle qui peut manifester un effondrement plus ou moins important. Parallèlement à l'hypotension, il n'est pas rare d'observer de la pâleur, des sueurs froides et même un état syncopal, cependant que les troubles respiratoires font leur apparition : la respiration devient superficielle, irrégulière avec soupirs et périodes d'apnée. Quelquefois surviennent de petits soubresauts musculaires particulièrement au niveau de la face et des doigts. Ils peuvent se transformer en de véritables convulsions. Non jugulées, ces convulsions entraînent rapidement un collapsus circulatoire et respiratoire aboutissant parfois à la mort.

Le tableau qui vient d'être décrit est relatif à une forme complète. Il va sans dire que tous les degrés de gravité sont possibles. Il n'en convient pas moins de connaître les gestes précis à accomplir pour traiter ces accidents.

Les simples modifications de l'état mental ne demandent aucune thérapeutique spéciale, autre qu'un redoublement de surveillance. L'hypotension, au contraire, qui traduit un shock dit « primaire » commande l'administration immédiate par voie intraveineuse d'un vaso-presseur (éphédrine par exemple en doses de 15 mg.) jusqu'au rétablissement de la pression artérielle à son niveau normal. Il est essentiel de frapper fort et vite dans les effondrements tensionnels importants pour prévenir les lésions irréversibles produites par l'hypoxie. L'oxygénothérapie doit également être pratiquée pour diminuer le danger d'anoxie pendant cette période d'hypotension et d'irrégularités respiratoires. En cas de soubresauts musculaires et de convulsions, il faut avoir recours à l'administration d'un barbiturique intraveineux (pentothal de préférence, étant donné son élimination rapide) jusqu'à cessation des accidents convulsifs. Comme la dose nécessaire peut déterminer un arrêt respiratoire, il est primordial de pouvoir mettre en œuvre la respiration artificielle en cas de besoin.

Une thérapeutique judicieuse instituée avec célérité, a raison de 95 % de ces accidents du type retardé. Encore faut-il avoir à sa disposition l'équipement nécessaire qui comprend : un obus d'oxygène avec un manodétendeur, un masque, un ballon de rebreathing, une canule pharyngée, une substance vaso-pressive et un barbiturique soluble.

Aucune anesthésie par infiltration ou application locale ne devrait être entreprise sans avoir cet équipement immédiatement disponible. Il est fort possible qu'on n'ait pas à s'en servir pendant des années, mais le seul fait qu'une fois peut-être il aidera à sauver la vie d'un malade vaut certainement la peine qu'on s'en munisse.

***

Anesthésie par réfrigération

Faisant pendant à l'anesthésie locale, l'anesthésie par réfrigération mise en pratique en 1941 par F.-M. Allen, constitue une innovation intéressante dans les cas d'amputation pour gangrène sénile artériosclérotique ou diabétique chez les malades shockés, fatigués, infectés, qui supportent habituellement mal la moindre opération. On a voulu étendre le bénéfice de la thérapeutique par réfrigération à certains domaines de la chirurgie conservatrice des extrémités : traumatismes, plasties, embolies artérielles, etc... Mais l'expérience actuelle indique que les vrais avantages de la réfrigération sont obtenus si le sacrifice du membre est inévitable. Dans ce cas, l'application d'un garrot combinée à la réfrigération du membre diminue l'absorption toxique, arrête la pullulation microbienne, évite l'apparition de nouveaux foyers gangréneux et permet une amputation non hémorragique, non choquante et absolument indolore sans autre mode d'anesthésie. Par ailleurs, on peut abaisser, dans une certaine mesure, le niveau de l'amputation et opérer dans une zone potentiellement infectée ; on diminue la fréquence des nécroses du moignon et des thromboses extensives. Ces avantages prennent toute leur valeur évidemment chez les malades âgés, fatigués, en état de toxi-infection marquée.

Les deux éléments indispensables à l'obtention d'une anesthésie par réfrigération satisfaisante sont : un garrot élastique et un dispositif pour maintenir la température du membre entre 2 et 8° C. De nombreuses modalités techniques ont été proposées. La plus simple semble être de disposer autour du membre un nombre suffisant de vessies de glace (*sans sel*) changées autant de fois qu'il est nécessaire et qu'on entoure d'une grande alèze imperméable.

Il est intéressant de noter qu'il ne faut pas craindre d'appliquer le garrot et la réfrigération jusqu'à un niveau bien supérieur à celui choisi pour l'amputation (8 à 15 cm.) : on n'a en effet observé aucun cas de sphacèle à l'endroit du garrot ou sur le segment distal à celui-ci. Il est recommandé pour diminuer la douleur due à la pose du garrot de refroidir préalablement sa zone d'application pendant 15 à 20 minutes. Les temps habituellement nécessaires pour obtenir l'anesthésie sont les suivants : 2 h. 1/2 à 3 heures pour les amputations de cuisse, 2 heures à 2 h. 1/2 pour les amputations hautes de jambe, 1 h. 1/2 à 2 heures pour les basses de jambe. Il n'y a d'ailleurs aucun inconvénient à prolonger considérablement ces temps de réfrigération avant l'amputation : le malade bénéficie d'un confort remarquable qui peut être mis à profit pour améliorer considérablement son état préopératoire.

***

Choix de l'anesthésie

Ainsi qu'il a été dit plus haut, le choix de l'anesthésie pose un problème particulier à propos de chaque malade. Toute systématisation en cette matière amène forcément des déboires. 3 principes fondamentaux sont à observer touchant respectivement :

— les dangers de l'anesthésie ;
— les nécessités de l'acte opératoire ;
— le confort du malade.

Le choix d'une anesthésie doit, par conséquent, répondre dans chaque cas à trois questions successives :

1° *Quelle est l'anesthésie comportant le moins de risques pour tel malade en vue de telle intervention?*

Il y a lieu de remarquer à ce propos que l'anesthésiste doit prendre en considération non seulement la période pendant laquelle l'opération se déroulera, mais aussi l'effet possible sur les suites opératoires de telle anesthésie. Supposons par exemple le cas d'une malade obèse devant subir une cholécystectomie et pour laquelle une anesthésie générale à l'éther serait en principe souhaitable à cause du relâchement musculaire adéquat qu'elle permet d'obtenir et du peu de retentissement circulatoire et respiratoire qu'elle détermine ; la question se pose cependant d'employer un agent plus rapide quoique un peu moins maniable, le cyclopropane, parce que l'élimination lente de l'éther risque d'être préjudiciable chez cette malade obèse en prolongeant la période de somnolence et en augmentant par là-même les chances d'atélectasie et de complication pulmonaire.

Toujours dans le même ordre d'idées, un malade diabétique devant subir une amputation de jambe se trouvera peut-être mieux d'une rachianesthésie que d'une anesthésie avec hypnose parce que le rétablissement précoce de l'alimentation avec régime approprié rendra plus facile le contrôle du diabète.

D'un autre côté, si ce même malade diabétique présente une hypertension importante, il sera peut-être mieux chez lui de lui faire perdre le bénéfice d'une réalimentation immédiate au profit d'une anesthésie au N_2O associé au pentothal qui lui fera moins risquer un accident circulatoire.

2° *A quelles nécessités chirurgicales l'anesthésie projetée doit-elle se plier?*

L'anesthésiste, après entente avec le chirurgien, doit se plier aux exigences de l'acte opératoire et tenir compte, entre autres : du degré de relâchement musculaire nécessaire, de la longueur de l'opération, de l'usage projeté ou non du bistouri électrique (à cause de l'inflammabilité de certains gaz ou vapeurs), etc... C'est là par conséquent un problème de coopération entre chirurgien et anesthésiste.

3° *Que faire pour rendre l'anesthésie aussi agréable que possible pour le malade?*

Le confort du malade est le troisième facteur dont on doit tenir compte dans le choix de l'anesthésie. Le malade apprécie particulièrement une induction rapide et plaisante et un réveil exempt de nausées ou vomissements et de crampes abdominales dues aux « gaz ». C'est d'ailleurs sur ces données qu'il juge la qualité d'une anesthésie.

Bien que l'on puisse, dans bien des cas, accéder aux désirs des malades et leur promettre un minimum de troubles anesthésiques, il est bon toutefois de se rappeler que les considérations de confort du patient ne doivent entraîner par ailleurs ni risques supplémentaires pour le malade, ni gêne opératoire excessive pour le chirurgien.

Il y a lieu à cet égard de mettre en garde contre l'emploi abusif des barbituriques I. V. (évipan, pentothal). Sous le prétexte d'une induction particulièrement plaisante et recherchée des malades, il ne faut pas vouloir utiliser ce mode d'anesthésie à titre isolé tout au long d'interventions d'une certaine durée nécessitant un bon relâchement musculaire : les dangers sont certains et les facilités opératoires souvent réduites.

***

Complications pulmonaires post-opératoires

Quelques considérations sur les complications pulmonaires post-opératoires trouvent ici leur place, si l'on admet que l'anesthésiste ne devrait pas être étranger à la surveillance post-opératoire des malades et que son expérience en matière d'endoscopie le rend tout désigné pour prendre part au traitement de ces complications.

Celui-ci obéit à certains principes fondamentaux dont l'application donne des résultats parfois véritablement spectaculaires et dont la connaissance est cependant loin d'être généralisée.

Les complications pulmonaires post-opératoires reconnaissent à leur origine dans l'immense majorité des cas une obstruction bronchique par suite de la *rétention de sécrétions.* Dans le segment distal tributaire de la bronche obstruée se développe une *atélectasie* par suite du collapsus alvéolaire résultant de l'absorption de l'air emprisonné, atélectasie qui entraîne à son tour, si on la laisse persister, l'apparition d'une infection à type broncho-pneumonique. On comprend donc que tous les différents traitements anti-infectieux, utiles pour combattre l'infection déclarée, ne peuvent rien pour la prévenir, parce qu'ils sont totalement impuissants à venir à bout de la cause primordiale

de la complication pulmonaire post-opératoire : la *rétention des sécrétions.* Toutes les mesures préventives et curatrices doivent viser à garder l'arbre trachéo-bronchique aussi libre que possible de sécrétions avant, pendant et après l'opération.

A titre préventif, il faut donc, *avant l'intervention :*

— Détecter les catarrheux chroniques, tâcher de leur vider leurs bronches et savoir qu'il faudra chez eux redoubler de vigilance post-opératoire ;

— Eliminer, sauf en cas d'urgence, tout malade présentant une infection aiguë des voies respiratoires supérieures ou inférieures et attendre au moins deux semaines après sa rétrocession avant d'opérer ;

— S'enquérir de l'hygiène buccale du patient et la corriger si besoin est pour prévenir autant que possible l'aspiration de débris hautement septiques générateurs habituels des abcès putrides du poumon ;

— Prendre des mesures particulières chez les malades devant être opérés pour suppuration pulmonaire chronique, dilatation des bronches par exemple. Dans de tels cas, le drainage postural et parfois même la bronchoscopie aspiratrice sont indispensables ;

— Ne pas administrer de sédation préopératoire trop importante qui risquerait de prolonger la dépression respiratoire post-opératoire d'une façon excessive.

Pendant l'intervention.

— La mesure préventive certainement de la plus haute valeur est l'*aspiration des sécrétions* pharyngées qui risquent d'être entraînées dans les voies respiratoires inférieures et celle des sécrétions trachéales quand le malade est intubé. *L'aspirateur, répétons-le, constitue un élément indispensable du matériel de l'anesthésiste.*

— Il est bon, d'autre part, d'incliner quand c'est possible, le thorax et la tête du malade *en léger Trendelenburg* à 10 ou 15°, de manière à faciliter l'expulsion des sécrétions par la pesanteur.

— Le *choix de l'anesthésique* n'a pas, contrairement à ce que l'on croit habituellement, une importance primordiale. Il est admis généralement que l'éther prédispose le plus aux C. P. P. O. Mais il n'est pas prouvé que la rachianesthésie par exemple présente sur lui des avantages certains dans ce domaine. Le fait s'explique si l'on veut bien réaliser la diminution de l'amplitude et de la force des mouvements respiratoires qu'elle est capable d'engendrer.

— En revanche, l'*influence du type de l'opération* dans la genèse des C.P.P.O. est certaine — et à ce titre — les interventions sur l'étage supérieur de l'abdomen, en particulier sur l'estomac, viennent nettement en tête de liste. Pour diminuer la tension douloureuse sur la cicatrice opératoire et permettre une meilleure ventilation pulmonaire, nombre de chirurgiens américains, à la suite de Jones et Mc Clure, préconisent l'emploi d'incisions transversales au lieu des incisions verticales classiques. Toutes choses restant égales par ailleurs, certains font état, du seul fait de cette modification, d'une réduction très importante de la fréquence des C. P. après interventions abdominales hautes.

Mesures post-opératoires.

— Il faut tout faire pour que le malade soit *réveillé le plus tôt possible après l'opération.* L'idéal est qu'il soit capable de tousser et de cracher efficacement dès le retour dans son lit. C'est précisément en raison du danger de dépression respiratoire excessive qu'il faut éviter l'emploi de doses exagérées de morphine et les narcoses prolongées par barbituriques intraveineux.

— Jusqu'à ce que le malade ait recouvré sa pleine conscience, il est bon de le mettre *en position déclive à 10-15°* en le changeant de côté toutes les demi-heures environ. Ce *drainage postural en position latérale alternée* constitue une mesure très efficace aidant la vidange des bronches avant que le malade soit capable d'expectorer activement.

— Il faut par ailleurs *lutter contre l'hypoventilation* pulmonaire qui diminue l'efficacité du drainage bronchique et de la toux :

— par les changements fréquents de position ;

— par les exercices de respiration profonde ;

— et au besoin par l'hyperventilation provoquée au moyen d'inhalation de carbogène.

— Il faut enfin tâcher de *lutter contre la rétention des sécrétions bronchiques* en prescrivant au malade de tousser et de cracher. Dès que le caractère de la respiration ou l'auscultation révèle l'existence de sécrétions trachéo-bronchiques, la *toux volontaire constitue la mesure la plus simple et la plus importante dans la prévention de l'atélectasie et de la broncho-pneumonie.* Pour augmenter l'efficacité de la toux, il est bon de gagner la coopération du malade en lui expliquant l'importance de ce geste, de le faire mettre en position demi-assise qui facilite la toux, et enfin de soutenir sa cicatrice opératoire ou son thorax pour diminuer la douleur. A ce propos, les chirurgiens militaires américains, au cours de la guerre récente, se sont trouvés très bien dans les suites opératoires des traumatisés du thorax de pratiquer des infiltrations novocaïniques des nerfs intercostaux. Ce geste a d'ailleurs été étendu par beaucoup dans la pratique civile pour soulager la douleur et faciliter la respiration après les thoracotomies ou les interventions de l'étage supérieur de l'abdomen.

Ces mesures simples — réveil prompt, changements de position, exercices de respiration profonde et incitation du malade à tousser — réduisent considérablement la fréquence des accidents pulmonaires. Il arrive cependant que, faute de les avoir appliquées ou en dépit d'elles, un syndrome inquiétant d'atélectasie survienne : élévation thermique importante et soudaine aux environs de 40°, tachycardie, dyspnée, constatation d'une hypoventilation manifeste d'un côté avec parfois shift médiastinal du même côté traduit par une déviation de la trachée. Le diagnostic évident cliniquement dans les cas typiques d'atélectasie massive peut être vérifié par un cliché radiographique qui est de grosse valeur dans les formes plus discrètes.

Dans d'autres cas, la respiration est encombrée de râles humides, parfois si importants que le malade donne nettement l'impression d'être noyé dans ses propres sécrétions.

Quand la toux est inefficace pour désencombrer les voies respiratoires, ou clarifier une atélectasie, il faut aller *aspirer les sécrétions trachéo-bronchiques* soit au moyen d'une *sonde nasale*, soit par *bronchoscopie.* Ce dernier moyen est évidemment l'idéal en ce sens qu'on opère sous contrôle de la vue et qu'on est sûr, en fin d'intervention, d'avoir asséché complètement l'arbre aérien. Sur des malades très dyspnéiques d'autre part, la bronchoscopie a l'avantage de permettre l'oxygénation en même temps que l'aspiration. Dans la plupart des cas cependant l'aspiration trachéo-bronchique par cathéter nasal suffit. Elle constitue un moyen simple qu'on peut répéter à plusieurs reprises au lit du malade et qui ne nécessite qu'un appareillage banal à la portée de tous les services : une sonde caoutchoutée, type Nélaton, longue de 40 cm. environ et percée à son extrémité de deux orifices, un aspirateur délivrant une pression de 5 à 10 kgs et un flacon collecteur intermédiaire.

La technique décrite par Cameron Haight et Ransom comporte les temps suivants : placer le malade en position demi-assise, le cou légèrement fléchi, tirer la langue avec une compresse pour récliner l'épiglotte. Sans brancher l'aspiration, enfoncer la sonde par la narine la plus perméable jusqu'au larynx et la retirer de 1 à 2 cm. Demander alors au malade de prendre une inspiration profonde et rapide et profiter de l'ouverture des cordes vocales pour introduire la sonde profondément dans la trachée. En cas d'insuccès, demander au malade de tousser et enfoncer alors la sonde lors de l'inspiration profonde qui suit la toux. On est assuré que la sonde est dans la trachée par la raucité de la voix et le passage d'air à travers elle. Remettre alors le malade en position horizontale. Appliquer l'aspiration d'une façon intermittente pendant quelques secondes en manœuvrant la sonde de bas en haut et de haut en bas et faire respirer profondément le malade dans l'intervalle. La durée totale ne doit pas dépasser deux-trois minutes pour éviter cyanose et suffocation.

Cette manœuvre simple, d'ailleurs au moins autant utile par la toux qu'elle provoque que par l'aspiration proprement dite des sécrétions et la bronchoscopie aspiratoire, provoque dans les atélectasies traitées précocement des guérisons parfois impressionnantes par leur rapidité : tel malade présentant, quelques heures auparavant, un tableau dramatique d'atélectasie, repose après son aspiration calmement dans son lit, apyrétique, la respiration libre.

Ainsi, *la mise en œuvre précoce de l'aspiration trachéo-bronchique dès que la toux est inefficace constitue le temps essentiel du traitement de l'obstruction bronchique qui est à la base des complications pulmonaires post-opératoires les plus habituelles.*

***

Fiches d'anesthésie

Pour en terminer avec ces quelques considérations générales, nous voudrions redire après beaucoup d'autres la nécessité d'établir, au cours de toute anesthésie de quelque nature qu'elle soit, une fiche détaillée comportant les renseignements les plus variés :

Etat du malade avant l'intervention, prémédication, nature et doses des anesthésiques employés, marche de l'induction et de l'anesthésie avec courbe du pouls, de la tension artérielle, de la respiration, pris toutes les cinq ou dix minutes, réanimation, incidents opératoires, prescriptions pour la période post-opératoire immédiate, etc.

C'est pour l'anesthésiste une obligation péremptoire a une surveillance étroite, et c'est la seule façon de pouvoir disposer d'un matériel d'étude utilisable avec profit.

Leur usage est maintenant systématique et obligatoire dans presque tous les établissements hospitaliers des Etats-Unis et reflète, au fond, l'importance particulière qu'on attache à l'anesthésie.

Erratum. — Dans le n° 30, 26 juillet 1947, folio 447, 1re colonne, 1er alinéa, lire : le problème n'est pas de faire sortir l'air du thorax *en décomprimant* au lieu de *et décomprimant.*

Une nouvelle thérapeutique antirhumatismale : le cuivre
Une voie d'utilisation commode : la voie rectale

par le Dr H.-A. Terray (d'Aix-les-Bains)

Ancien membre de la Commission Permanente du Rhumatisme au ministère de la Santé Publique

Depuis deux ans un certain nombre de confrères ont pu, grâce à la générosité de trois laboratoires, expérimenter pour le traitement de la maladie de Charcot (polyarthrite symétrique progressive) différents dérivés cupro-organiques susceptibles de se substituer aux sels d'or, thérapeutique particulièrement appréciable lorsque la chrysothérapie est mal tolérée.

L'amour du dirigisme, dont témoigne la Nation Française, a empêché jusqu'à ce jour les malades de pouvoir bénéficier des résultats heureux que cette thérapeutique nouvelle permet d'obtenir.

Une de ces spécialités vient cependant d'obtenir l'autorisation d'être admise à la vente et le temps semble venu où chacun des expérimentateurs peut exposer les résultats obtenus à ce jour.

La médication organo-cuprique constitue un très gros progrès en thérapeutique parce que, moins toxique que les sels d'or, elle peut s'appliquer sans danger à tous les malades atteints de polyarthrite symétrique progressive.

Son action semble particulièrement heureuse sur les genoux et l'on sait quelle importance présente cette articulation pour les malades, puisqu'un genou ankylosé en flexion rend la marche impossible et qu'il a fallu attendre une période récente pour que l'application des idées de notre éminent ami le Dr Swain, de Boston, permette enfin le redressement des genoux ankylosés en flexion et sorte les grabataires de leur triste situation.

Mais la médication organo-cuprique présente certains inconvénients sérieux quant à son application. Sous la forme d'injections intramusculaires, elle est presque toujours douloureuse et mal supportée. L'injection intraveineuse est souvent très difficile à réaliser chez les sujets dont les veines sont sclérosées ou inapparentes.

Ce sont ces difficultés qui nous ont amenés à tenter l'application de la médication par voie rectale et les résultats ont été si encourageants que dans notre pratique quotidienne nous n'hésitons pas à la tenir pour la seule qui soit d'application courante.

Est-il besoin de rappeler que seules les veines hémorroïdales supérieures confluent vers la veine porte, alors que les veines hémorroïdales moyennes et inférieures confluent vers la veine iliaque primitive, branche elle-même de la veine cave inférieure ?

Il en résulte qu'une absorption par ce système veineux conduit aux mêmes effets qu'une injection intraveineuse poussée avec une grande lenteur.

Quant aux conditions d'application, elles sont d'une très grande simplicité, puisqu'il suffit après la selle du matin d'injecter dans le rectum avec une petite poire à lavement (modèle pour enfant) le volume de la poire remplie d'eau bouillie additionnée du contenu de l'ampoule de sel cuprique. Après vingt minutes environ le petit lavement est absorbé sans qu'il y ait eu la moindre douleur ni la moindre irritation.

A la cadence d'une ampoule par semaine le traitement peut durer dix à douze mois et en général avant même la fin de ce délai l'abaissement du taux de sédimentation et de l'indice de Vernes confirme l'amélioration que ressent le malade. C'est alors à la cure thermale d'apporter l'amélioration fonctionnelle qu'aucune thérapeutique n'a pu égaler jusqu'à ce jour.

Tel est le résumé d'une expérience de deux ans dont beaucoup de médecins praticiens peuvent éventuellement tirer profit et qui a été particulièrement appréciée des malades dont les téguments ou les veines portaient tant de marques de l'aiguille de Pravaz.

ACTUALITÉS

Les hernies discales du rachis cervical

par Pierre Lance

Les ruptures des disques de la région cervicale du rachis ont jusqu'à présent été considérées comme exceptionnelles ; aucun des travaux classiques concernant les lésions du disque en général ne s'est attaché à leur étude clinique et radiologique en particulier. Cependant, depuis quelques années, les neuro-chirurgiens américains en ont rapporté d'assez nombreux exemples pour que de leurs constatations cliniques ou opératoires on puisse dégager les aspects essentiels de cette lésion.

En France, Ricard (de Lyon), a apporté aux Journées Orthopédiques de Lyon (mai 1947) une intéressante série de 11 cas personnels.

Si l'on s'en rapporte à la plus récente statistique américaine, celle de Kristoff et Guy L. Odom, la hernie du disque cervical s'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme et à un âge habituellement plus avancé que celui auquel on rencontre les hernies de la région lombaire ; la plupart des malades ont au-dessus de 40 ans et certains entre 50 et 60 ans.

Topographiquement, la hernie intéresse presque constamment le 6e disque intervertébral (plus de 50 % des cas) ou le 5e disque (40 %) ; à titre exceptionnel on a pu rencontrer une rupture du disque au niveau des 3e, 4e ou 7e espaces intervertébraux.

Le point vulnérable de l'anneau fibreux siégeant à la partie latérale de la face postérieure (comme au niveau de la région lombaire) la compression de la racine est dans la majorité des cas la première manifestation objective de la rupture ; elle peut demeurer la seule mais à l'inverse de ce qui se passe au niveau de la région lombaire et pour des raisons anatomiques évidentes, la compression secondaire de la moelle est une éventualité sur laquelle il faut compter : 4 fois sur 20 cas (Kristoff et Odom), 1 fois sur 7 cas (Michelsen et Mixter), 1 fois sur 6 cas (Stookey). Il semble qu'en pareil cas, il existe une protusion de la presque totalité du disque qui se vide en quelque sorte de son contenu.

L'origine traumatique est la règle mais l'intervalle libre entre le traumatisme initial (souvent discret) et l'apparition des troubles neurologiques ou fonctionnels est parfois tel que l'idée du traumatisme n'est plus invoquée par le blessé lui-même.

Les signes fonctionnels consistent en douleurs dans la partie basse du cou ou irradiant vers l'épaule et le bras avec parfois des troubles paresthésiques dans l'extrémité distale du membre. Les douleurs radiculaires ont une topographie variable pouvant

intéresser le trajet de l'un ou l'autre des trois grands nerfs du membre supérieur.

L'examen clinique du malade révèle une rigidité du rachis cervical dont la mobilisation antérieure latérale ou postérieure est douloureuse ; la recherche des signes neurologiques est essentielle ; elle montre l'existence d'une hypotonie élective dans certains groupes musculaires qui sont atrophiés, une diminution des réflexes et des troubles dissociés de la sensibilité, etc.

Les signes radiographiques doivent être étudiés surtout sur le cliché de profil qui révèle une disparition de la courbure normale du rachis cervical ; il est devenu rectiligne et, de plus, on note un certain décalage entre deux corps vertébraux comme si l'un d'eux avait légèrement reculé. L'effacement du disque est en général net ; en cas de rupture latérale la comparaison des clichés de profil, fait d'un côté ou de l'autre, montre l'existence de modifications de l'orifice transversaire.

Lorsqu'il y a compression de la moelle, il existe des signes objectifs traduisant l'atteinte du faisceau pyramidal (du côté de la compression) et du faisceau spino-thalamique (du côté opposé) ; ces signes coexistent avec ceux qui traduisent l'atteinte de la racine et cette association devrait faire évoquer la possibilité d'une compression par hernie discale ; le diagnostic n'est cependant presque jamais fait autrement qu'à l'intervention.

Dans les hernies n'entraînant qu'une simple compression radiculaire, le diagnostic se pose avec une arthrite cervicale banale mais qui serait strictement localisée à deux corps vertébraux, avec un syndrome du scalène antérieur, une hypertrophie de l'apophyse transversaire de la 7e cervicale ; mais dans ces deux derniers syndromes, il existe presque toujours des signes vasculaires associés qui orientent le diagnostic.

Les fractures des lames de la région cervicale posent un problème plus difficile surtout si les clichés radiographiques ne mettent pas en évidence d'une façon précise le déplacement de la lame.

En pratique les auteurs américains utilisent presque systématiquement l'exploration radiologique avec pantopaque et c'est grâce à cet emploi courant de la myélographie qu'ils arrivent à faire avec une certaine fréquence le diagnostic de hernie d'un disque cervical. Pour eux ce diagnostic comporte toujours une indication opératoire formelle : laminectomie limitée et exérèse de la hernie.

Ricard estime que la simple décompression de la racine par ablation de la lame peut suffire pour assurer une guérison définitive ; l'opération en est évidemment infiniment plus simple.

BIBLIOGRAPHIE

KRISTOFF et G. L. ODOM. *Archives et Surgery*, p. 54, n° 3, mars 1947.

MICHELSEN et MIXTER. *New England J. Med.*, p. 231, 24 août 1944.

SEMMES et MURPHEY. *J. American Med. Assoc. 121*, p. 1209, 10 avril 1943.

SPURLING et SCOVILLE. *Surg. Gyn. and Obstet. 78*, p. 350, avril 1944.

STOOKEY. *Arch. Neurol. et Psychiat. 20*, p. 275, août 1928.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 21 JUILLET 1947

Présence de sels de magnésium et de calcium dans l'eau de pluie. — M. Gabriel BERTRAND étudiant l'eau de pluie dans la région parisienne a constaté dans les algues qui renferment cette eau, non filtrée et simplement décantée, la présence de sels de magnésium et de calcium.

Election. — M. le vétérinaire général Denis BROCQ-ROUSSEAU a été élu correspondant dans la section d'économie rurale.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

SÉANCE DU 29 JUILLET 1947

Sur la réanimation après arrêt cardiaque prolongé survenu à la suite de l'inhalation de gaz carbonique. — MM. BINET et BURSTEN. — L'inhalation de CO^2 à 80 % détermine un arrêt cardiaque avec tous les signes de la mort apparente. Pendant 8 à 10 minutes cet état reste réversible et le cœur peut se remettre à battre sous l'influence du massage, de l'adrénaline et de la respiration artificielle. Le système nerveux reprend aussi son fonctionnement.

Essai d'exploration en clinique de l'arginase hépatique. — MM. OLMER et GARRIGUES. — L'arginine, sous l'influence de l'arginase, est une source importante d'urée et aussi de créatine. Les sujets normaux ont une argininémie de 180 à 220 milligr. pour 1.000 ; les hépatiques graves l'ont très basse : 80 à 120 milligr. ou moins encore. On la trouve cependant exagérée dans certains cancers du foie.

L'épreuve d'hyperargininémie provoquée. — MM. OLMER et GARRIGUES. — Chez des sujets à foie et reins normaux l'introduction d'arginine dans l'organisme augmente l'argininémie qui atteint en 3 heures environ un taux minimum dépassant le taux normal de 30 à 70 milligrammes ; l'azotémie, maximum à la 6e heure, dépasse de 50 milligrammes pour 1.000 le taux normal.

Chez les hépatiques, l'augmentation de l'arginine est plus considérable (70 à 130 milligrammes) et dure plus de vingt-quatre heures. L'azotémie demeure invariable toute la durée de l'épreuve. Pas de changement de la créatine ; la créatinine du sang augmente.

Mécanisme d'action de la vitamine D_2 dans le traitement du lupus. — M. Charpy. (Présentation faite par M. Gougerot). Tout se passe comme si la vitamine D_2 agissait non pas sur le métabolisme calcique directement, mais sur la production de la phosphatase ; c'est à cette phosphatase qu'incomberait un rôle direct ou indirect dans la destruction des bacilles.

Comment doit-on préparer certaines légumineuses « éclatées » ? — MM. Jacquot et Blaizot. (Présentation faite par M. Ch. Richet). — Contrairement à ce qui a été observé pour le haricot et le soja, les techniques habituelles d' « éclatement » diminuent considérablement la valeur nutritive de la lentille, du pois et du pois chiche. Certaines techniques mitigées, diminuant la température et la durée de l'autoclavage, sont moins destructrices de la valeur nutritive.

Considérations sur 18 cas de tularémie observés en France depuis un an. — M. G. Girard. (Présentation faite par M. Dujarric de la Rivière). — 18 cas de tularémie dont 17 de forme ganglionnaire ont été identifiés par séro-diagnostic depuis 20 mois. 15 fois la source de contamination a été le lièvre, 1 fois le renard, 1 fois le sanglier, 1 fois le campagnol. Cas observés en Côte-d'Or surtout, mais aussi en Touraine, en Gironde et dans la Nièvre.

Les accidents consécutifs au dépouillement d'un lièvre ou à la morsure par un des animaux ci-dessus doivent inciter le médecin à faire pratiquer le séro-diagnostic. Discussion : MM. Dujarric de la Rivière, Tanon.

Election. — M. Cadenat est élu membre titulaire dans la section de chirurgie en remplacement de M. Lenormant, membre émérite.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 9 juillet 1947

Quatre observations d'ecchinococcose péritonéale multiple. — MM. Vergoz, Salase, Pantin et Houel (Alger) montrent que le traitement en est spécialement difficile à cause des adhérences.

De l'emploi des sulfamides et de la pénicilline dans le traitement des ulcères perforés de l'estomac. — M. Pasquier, sur 5 interventions tardives dont 4 avec suture simple et 1 avec suture et gastro-entérostomie, obtient de bons résultats avec le traitement pénicillino-sulfamidé, sous réserve d'une surveillance attentive.

Discussion : MM. Banzet, Basset, Quénu et Bergeret, rapporteur, pensent que l'emploi des sulfamides dans la cavité péritonéale, peut provoquer des néphrites et plus tard, des adhérences.

Une complication exceptionnelle de la gastrectomie : l'occlusion du grêle dans la fente rétro-anastomosique. — M. Brehant (Oran) pense que cette complication très connue après les gastro-entérostomies antérieures, mais rares après les gastrectomies (une dizaine de cas seulement ont été remarqués), pense que les causes en sont une longueur exagérée de l'anse anastomosique, prise trop loin de l'angle duodéno-jéjunal.

— Une brèche transmésocolique pas assez rapprochée de la racine du méso.

— Nécessité de la vérification soignée de la fente pariéto-anastomosique après l'intervention.

M. Banzet a observé trois fois cette complication.

M. Bazy insiste sur l'avantage de la suspension verticale du grêle dans la prophylaxie de ces accidents.

Résection recto-colique abdomino-endo-anale dans le traitement des rectites proliférantes et sténosantes. — MM. Popesco-Urlueni et Sénèque ; sur 16 cas de rectites opérées par voie combinée : 14 guérisons avec rétablissement des fonctions par voies naturelles. Un seul cas de sténose cicatricielle.

M. Sénèque se demande si les résultats fonctionnels sont toujours aussi valables que les résultats anatomiques. En effet, des succès durables ont été constatés par l'emploi conjugué des sulfamides et de la pénicilline.

Fractures pertrochantériennes traitées par la méthode de Küntscher. — MM. Funck-Brentano et Bosquet pensent que les inconvénients en sont assez sérieux, malgré de bons résultats : l'enraidissement du genou peut difficilement être évité. La contension est difficile.

M. Boppe préfère l'emploi associé d'un clou transcervical et d'une plaque latérale.

Avantages du drainage postérieur dans l'appendicite rétro-cœcale. — M. Chavannaz (Bordeaux).

Les récidives tardives du cancer de la partie mobile de la langue. — M. Roux-Berger, Mlle Baud et M. Tailhefert observent sur les cas non retrouvés comme récidivés, 109 malades guéris depuis plus de cinq ans, soit une proportion de 45 %.

Si les récidives existent, elles sont presque toujours dans le voisinage ou atteignent la langue et les ganglions ensemble, mais jamais le système lymphatique isolé. Les récidives linguales sont souvent très tardives ; leur traitement consiste surtout en radium-puncture, plus thérapie ganglionnaire et au besoin, coagulation locale.

Présentation de clichés. — M. Sauvé.

Vacances. — La prochaine séance aura lieu le mercredi 15 octobre 1947.

CHRONIQUE

En souvenir de Francisco Dominguez
(de La Havane)

C'est le 14 août 1881, il y a donc 66 ans, que Carlos Finlay, l'illustre savant cubain, établi définitivement l'étiologie du typhus amaril.

En ce mois d'août, comment ne pas rappeler le souvenir de Dominguez qui passa sa vie à défendre l'œuvre de son maître.

Pendant la guerre, le professeur Francisco Dominguez s'est éteint à La Havane après une vie entièrement consacrée au travail. Nulle part sa mort n'a été ressentie autant qu'à Paris. Les amis de Dominguez étaient, en effet, très nombreux en France, et lui, aimait notre pays comme le sien.

Dominguez avait commencé ses études de médecine à Cuba. Il vint les terminer à Madrid où, en 1884, il passa sa thèse de doctorat « sur la fièvre jaune ». Mais notre ami tenait à refaire ses études à Paris, où son compatriote Albarran était alors interne des hôpitaux. En 1887, il est reçu à l'externat, l'année suivante il est interne provisoire. Elève de Farabeuf, de Walther, de Routier et de Duplay, il se lie d'amitié avec Achard et J.-L. Faure. Après un nouveau séjour à Madrid où il concourt pour l'agrégation de pathologie chirurgicale à La Havane, il revient à Paris passer sa thèse de doctorat (diplôme d'Etat) « sur les kystes séreux de l'épidydime », sujet inspiré par Paul Poirier.

Rentré à Cuba, Dominguez occupe bientôt la chaire d'anatomie topographique et opératoire. En fidèle élève de Farabeuf, il introduit à La Havane les méthodes de son maître et obtient une réorganisation complète de la Faculté et des services chirurgicaux : instruments français, de chez Collin, appareils de radiologie français, livres français. Chef d'école, il a de brillants élèves dont le professeur José A. Presno est l'éminent chef de file. Doyen de la Faculté, puis recteur, il devint enfin ministre de l'Instruction publique. Pendant la guerre de 1914, Dominguez fut le président du Comité cubain d'aide à nos blessés.

Après la guerre de 1914-1918, il revint en France et, en 1937, il fut nommé ministre de Cuba à Paris. C'est pendant ses séjours à Paris qu'il réunit les documents de son œuvre magistrale sur les travaux de son illustre compatriote Carlos Finlay.

***

Personne n'ignore en France que c'est à Finlay que l'on doit la découverte de l'agent vecteur de la fièvre jaune : le Stégomya (aedes aegyptii). Cette découverte ne fut pas admise partout sans discussions, et si on a fini par rendre hommage à Finlay, c'est à Dominguez et à sa ténacité qu'on le doit.

C'est un fait considérable, certes, en épidémiologie, que des pays comme l'île de Cuba, périodiquement ravagée par le fléau, comme le Mexique, le Brésil, aient été définitivement protégés par les mesures de prophylaxie dues à Finlay. Mais d'autres pays encore comprirent la portée des travaux du savant cubain et en particulier la France, dont les soldats, pendant la guerre du Mexique, et les ingénieurs, au cours des travaux du canal de Panama, avaient été décimés par la fièvre jaune. La France avait aussi connu chez elle des épidémies redoutables à Marseille et à Saint-Nazaire en 1861.

On n'a pas oublié que, peu avant la guerre, l'Académie de médecine, dont Francisco Dominguez était membre associé, prit l'initiative d'un solennel hommage de la France à Carlos Finlay.

L'œuvre entreprise par Dominguez avait été couronnée de succès. Il avait partout fait reconnaître la haute portée des travaux de son illustre compatriote et, à La Havane, tous les ans, l'Académie cubaine de médecine et le ministre de la Santé continuent à célébrer le jour anniversaire de Finlay, qui est devenu une « Fête nationale ».

Son disciple Dominguez n'a pas été oublié. Il y a deux ans, à l'Institut Finlay, à La Havane, une plaque commémorative et un buste de Dominguez, que nous avons pu souvent admirer chez lui à Paris, rappellent le souvenir du cher et très éminent confrère qui comptait tant d'amis fidèles dans notre pays.

F. L. S.

AVIS

De nouvelles restrictions sur la consommation du papier nous ont été imposées pendant les mois de juillet et d'août.

Pour nous y conformer nous serons obligés, à notre grand regret, de ne faire paraître que trois numéros pendant le mois d'août.

Ces numéros paraîtront les samedis 9 août, 23 août et 30 août.

LIVRES NOUVEAUX

Petite histoire des Eaux de Vals, par Maurice Uzan. Un vol. in-8° de 147 pages, tiré à nombre limité, tous exemplaires numérotés, constituant l'édition originale imprimée sur les presses de MM. Habauzit et Cie, à Aubenas (Ardèche), 1947.

Mon éminent confrère et ami Maurice Uzan vient de me remettre un exemplaire du charmant petit volume qu'il a consacré à l'histoire des Eaux de Vals.

Ce livre est l'œuvre d'un érudit et d'un savant. L'histoire des Eaux de Vals, depuis le XVIe siècle, est certes bien connue. Des auteurs régionaux comme le Dr Tourette, Henri Vaschalde et surtout A. Mazon ont, dans des livres demeurés classiques, retracé l'histoire de ce rude pays du Vivarais dont les volcans firent l'admiration de Faujas de Saint-Fond et dont le charme trouva en Eugène-Melchior de Vogüé un admirateur passionné.

Maurice Uzan reprend, en des pages alertes, l'histoire de la région.

Citant ses auteurs avec beaucoup de sûreté et de conscience, il nous parle de la découverte des Eaux de Vals, des premiers malades et des premiers écrits, en particulier de ceux de Claude Expilly. Puis voici Vals au XVIIIe siècle : La famille de Vogüé est propriétaire des Eaux et les fait connaître à Versailles ; viennent ensuite les heures difficiles. Avec Firmin Galimard et ses frères, avec leur associé Auguste Clément, nous entrons dans la période moderne. Les travaux scientifiques se succèdent : de Ruelle, Léon Chabannes étudient la clinique de Vals ; Gavarret, Dorvault, Chatin, Bouchardat, Würtz, O. Henry font des recherches d'ordre chimique.

Uzan rappelle enfin la venue des V.E.M., sous la conduite de Landouzy d'abord, puis de notre vieil ami Paul Carnot. Comment ne pas mentionner aussi les fréquentes visites du doyen Gaston Giraud, de Montpellier. En lisant les pages de ce charmant livre, les souvenirs remontent chez le vieux Valsois que je suis, et je pense aux disparus, au confrère Bonnard, à l'explorateur Gabriel Bonvalot, au cher Félix de Vogüé, à mon frère Auguste, l'historiographe du Vivarais. Tous furent des Ardéchois fidèles.

Je pense aussi au regretté maître de Marseille, le professeur Constantin Oddo, grand clinicien et parfait ami. Il était né à Vals le jour même où fut découverte dans sa propriété familiale une nouvelle source : la « Constantine ».

Et parler de la Constantine, n'est-ce pas évoquer les remarquables recherches expérimentales de notre confrère Uzan sur le diabète, et n'est-ce pas une excellente introduction aux Journés du Diabète qui vont précisément se tenir à Vals au début du mois de septembre ?

F. L. S.

Dépôt légal. — 1947. — 3e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

25/ Nos 33-34- — SAMEDIS 16-23 AOUT 1947 — 120e ANNEE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) — Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France	356 fr.
au lieu de	375 fr.
Un an : étudiant	190 »
au lieu de	200 fr.
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de l'internat en médecine 1947. — Le concours s'ouvrira le mercredi 8 octobre 1947, à 9 heures, à la salle Wagram. Entrée des candidats par le 5, rue Montenotte (Métro : Etoile ou Ternes).

Inscriptions depuis le jeudi 28 août jusqu'au mercredi 10 septembre 1947 inclusivement, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du service de Santé (escalier A, 2e étage).

Concours pour une place de stomatologiste des hôpitaux. — Le concours s'ouvrira le jeudi 20 novembre 1947. Inscriptions du vendredi 17 au jeudi 30 octobre 1947, inclusivement, à l'Administration centrale.

Hôpitaux de Seine-et-Oise

Concours spécial sur épreuves pour la nomination des médecins accoucheurs-gynécologues des hôpitaux d'Arpajon, Montmorency, Pontoise et Villeneuve-Saint-Georges. — Le concours s'ouvrira à Paris, le 17 novembre 1947. Inscriptions pour le concours spécial et pour le concours normal éventuel jusqu'au 1er novembre 1947 inclusivement, à la Direction départementale de la Santé de Seine-et-Oise, 25, boulevard du Roi, à Versailles.

Concours spécial sur épreuves pour la nomination des médecins ophtalmologistes des hôpitaux de Beaumont-sur-Oise, Mantes-Gassicourt, Meulan, Montfermeil, Pontoise et Rambouillet. — Le concours s'ouvrira à Paris, le 17 décembre 1947. Inscriptions jusqu'au 1er décembre 1947 inclusivement, à la Direction départementale de la Santé de Seine-et-Oise, 25, boulevard du Roi, à Versailles.

Concours spécial sur épreuves pour la nomination des médecins O.-R.-L. des hôpitaux de Beaumont-sur-Oise, Mantes-Gassicourt et Rambouillet. — Le concours s'ouvrira à Paris, le 7 janvier 1948. Inscriptions jusqu'au 1er décembre 1947 inclusivement, à la Direction départementale de la Santé de Seine-et-Oise, 25, boulevard du Roi, à Versailles.

Faculté de Médecine de Paris

Cours de perfectionnement de Dermatologie, Syphiligraphie et Vénéréologie de l'hôpital Saint-Louis. — Ces cours commenceront le lundi 20 octobre 1947. Ils auront lieu les après-midi, dans la Salle des Conférences du Musée de l'hôpital Saint-Louis, et le matin, les élèves suivront les consultations et policliniques.

Le cours de Dermatologie aura lieu du 20 octobre au 22 novembre. Le cours de Syphiligraphie et Vénéréologie aura lieu du 24 novembre au 23 décembre environ.

Un diplôme, pour l'un ou l'autre des cours, ou pour les deux, sera délivré aux assistants dont l'assiduité aura été contrôlée.

L'inscription pour l'un ou l'autre des cours ou pour les deux cours, se fera pendant le mois de septembre et la première quinzaine d'octobre, au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Pour tous renseignements complémentaires concernant cette inscription, s'adresser à M. le Dr A. Carteaud, médecin assistant de l'hôpital Saint-Louis, 1, rue de l'Alboni, Paris (16e).

N.-B. — Les médecins étrangers doivent écrire directement à M. le Secrétaire de la Faculté de Médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e), pour acquérir les pièces nécessaires en vue de l'obtention du visa des autorités consulaires françaises et de leur gouvernement respectif, leur permettant de se rendre ainsi à Paris.

Stages et travaux pratiques. — La quittance de la recette des droits universitaires est exigée pour l'inscription aux stages et travaux pratiques.

Le choix des services hospitaliers est fait dans la limite des places disponibles. Lorsqu'un service est au complet, aucune inscription supplémentaire ne peut plus y être autorisée.

Une fois l'inscription prise, les changements de stage ou de série de travaux pratiques ne peuvent plus être pris en considération quel qu'en soit le motif.

Les demandes d'équivalence de stage par des fonctions d'externe ou d'interne doivent être adressées à M. le Doyen avant le début du stage qu'elles sont destinées à remplacer. Les étudiants qui ne se conformeraient pas à cette discipline s'exposeraient à ne pas obtenir l'autorisation demandée et à toutes les conséquences pouvant en résulter (refus d'inscription, stage supplémentaire durant les vacances, redoublement d'année).

Les étudiants de 6e année sont tenus d'accomplir huit mois de stage au cours de l'année scolaire. Ils doivent s'inscrire

au guichet des stages dans les mêmes conditions que les autres étudiants. Le délai réglementaire d'inscription une fois passé, ils ne seront plus autorisés à s'inscrire pour l'année en cours et seront ainsi retardés d'une année.

Les internes et externes titulaires qui n'ont pas suivi de service d'accouchement au cours de leurs fonctions, devront justifier du stage au moment de la consignation à la clinique obstétricale.

Facultés de province

Bordeaux. — M. le professeur Chelle a été nommé pour une période de trois ans, à compter du 1er octobre 1947, assesseur du doyen.

Lyon. — La chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie (dernier titulaire : M. Tavernier, retraité), a été déclarée vacante (J. O., 7 août 1947).

Faculté de pharmacie de Paris. — Par arrêté en date du 30 juillet 1947 est approuvée une délibération du Conseil de l'Université de Paris portant création d'un Institut de pharmacotechnie et de pharmacodynamie rattaché à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

PRESIDENCE DU CONSEIL

Les Comités médicaux et les congés de maladie pour les fonctionnaires. — Le J. O. du 7 août a publié le décret du 5 août portant règlement d'administration publique pour l'application de l'article 90 de la loi du 19 octobre 1946 portant statut général des fonctionnaires en ce qui concerne l'organisation des Comités médicaux, l'admission aux emplois publics et l'octroi des congés de maladie et de longue durée.

EDUCATION NATIONALE

Hygiène scolaire et universitaire. — Un concours sur titres pour le recrutement de médecins inspecteurs régionaux et régionaux adjoints de l'Hygiène scolaire et universitaire est prévu pour le mois d'octobre prochain au ministère de l'Education nationale. Le nombre des places mises au concours sera fixé ultérieurement.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction de l'Hygiène scolaire et universitaire (3e bureau), 5, rue Auguste-Vacquerie, Paris-16e, (Téléphone Kléber 04-91.)

SANTE PUBLIQUE

Conseil permanent d'hygiène sociale. — M. le professeur Gastinel (de Paris), est nommé membre du Conseil et affecté à la commission des maladies vénériennes.

Médecin de sanatorium. — Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant au sanatorium Marie-Mercier, au Tronget (Allier). Les candidatures devront être adressées dans un délai de trois semaines, à compter du 16 août 1947, au ministère de la Santé publique et de la Population, Direction de l'Administration générale du personnel et du budget, 3e bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

GUERRE

Les internes des hôpitaux de l'armée. — Le J. O. des 16-17 août 1947 publie un décret du 11 août instituant un titre d'interne des hôpitaux de l'armée. Ce titre sera donné au concours, les candidats nommés rempliront les fonctions d'internes dans les hôpitaux militaires situés dans des villes de faculté et dont les chefs de service sont des professeurs agrégés du Val-de-Grâce, médecins ou chirurgiens des hôpitaux militaires. Les internes poursuivent leurs études dans la Faculté de la ville où ils sont détachés. Ils accomplissent leurs stages dans les services des hôpitaux militaires ou dans les hôpitaux civils, après entente entre le doyen et le directeur du service de Santé.

Ecole du service de Santé militaire. — Le J. O. du 6 août a publié la liste des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du service de Santé militaire.

Les épreuves orales ont déjà commencé au moment où ce numéro est sous presse.

Ecole d'application du service de Santé des troupes coloniales. — Les chaires suivantes seront vacantes à dater du 1er janvier 1948 à l'Ecole d'application du service de Santé des troupes coloniales : Clinique médicale et pathologie exotique ; Bactériologie, Parasitologie, Epidémiologie.

MARINE

Ecole principale du service de Santé de la Marine. — Sont déclarés admissibles à la suite du concours 1947 :

Ligne médicale

Candidats a quatre inscriptions : MM. Abel, Auphan, Auriault, Aynié, Baron, Bascandi, Belaube, Bergeret, Berling, Berthelé, Bertrand, Blanc, Blanchet, Boisserie, Bordas, Borel, Boyet, Broquet, Buffet, Buisson, Capdevielle, Carhoni, Caryes, Castel, Cavallo, Chamfeuil Chauveau, Claveleau, Cointet, Couturier, David (M.), David (P.), Derrien, Desplats, Didier, Doit, Ferracci, Ferry, Fourquet, Garnier, Gavarino, Gelly, Guérin, Guillon (A.), Guillon (M.), Hervé de Penhoat, Hubert, Isabellon, Jiquet, Journes, Leclaire, Le Den, Le Hunsec, Leproux, Leude, Loyez, Malleville, Martineaud, Mazot, Merceron, Moal, Monteil, Moreigne, Palu, Parade, Pater, Pierchon, Pineau, Pourchaire, Puyffouilloux, René, Revil, Rivolaen, Rougerie, Sentilhes, Serres, Simon, Sizane, Staeffen, Soutoul, Tavernier, Trojani, Vary, Vignon, Zwingelstein.

Candidats a huit inscriptions : MM. Ducourneau, Edouard, Rellé.

Candidats a douze inscriptions : MM. Barrau et Esquirol.

Ligne pharmaceutique

Candidats stagiaires : MM. Collet, Etienne, Fourques, Funten, Lacouture, Laffogue, Lartigau, Orsetti, Pinçon, Talpin, Troadec, Voury.

Les candidats recevront des convocations individuelles pour les épreuves orales qui se dérouleront à Rochefort, à partir du 9 septembre, et à Toulon à partir du 16 septembre. (J. O., 5 août 1947.)

Ordre de la Santé publique

Commandeur. — MM. les Drs François Abadie (Alger), doyen honoraire Baudouin (Paris), Bonjean (Maroc), Cristiani (Maroc), prof. Fruhinsholz (Nancy).

Officier. — Prof. Abel (Nancy), MM. les Drs Audy (Senlis), Barbier (Paul-Brousse), prof. H. Bénard (Paris), Bergot, Boide, M. Brissot, Carrère (Sénious), Colombani (Meknès), Cuvillier (Paris), Henri Duran (Paris), Henri Flurin (Paris), prof. Gaté (Lyon), prof. Joulia (Bordeaux), Lecat (Lormes), M. Paul Métadier (Tours), Raymond Neveu (Paris), Noury (Saint-Malo), prof. Polonowski (Paris), Rival (Rennes), prof. Santy (Lyon), G. Schwartz (Colmar), prof. Jean Tapie (Toulouse), Teyssandier (Lyon).

Chevalier. — MM. les Drs Adloff (Barr), d'Adhémar de Lantagnac (Menton), Bellec (Brest), Hubert Benoit (Paris), André Bernou (Chateaubriand), Et. Berthet (Grenoble), André Boisseau (Cherchell), Boutes (Muret), Bougues (Orléansville), Boullard (Vimoutiers), Bulart (Soissons), Canel (Nancy), méd. comm. Cantagrill, Capliez (Loos), Chaton (Baden-Baden), méd. cap. Chevat, Courbaire de Marcillat (Clermont-Ferrand), Cromback (Saverne), Damey (Douarnenez), Debuirre (Torcy), prof. Desoille (Paris), prof. Dessaint (Rouen), Douady, directeur de l'Hygiène scolaire et universitaire, Doussinet (Clermont-Ferrand), prof. Duhot (Lille), Dupouy (Sainte-Adresse), G. Duval (le Havre), Eyssette-Aucaigne (Alger), Michel Faguet (Paris), prof. Fontaine (Strasbourg), Léon Gaudin (Paris), Gauthier (Côtes-du-Nord), L. Grenier (Lyon), Grunwald (Grenoble), Guiot (Gap), André Haye (Chartres), Hernu (Bruay), Houllion (Sélestat), Hubert (Lac-au-Villers), Ibos (Pau), Jacqueson (Lyon), Jacques Michel (Bordeaux), Jac-

(Suite page 486.)

REVUE GÉNÉRALE

Le traitement orthopédique et cinésique dans la période évolutive de la poliomyélite

par Marcel Lance
Membre de l'Académie de Chirurgie

Le cours de la poliomyélite se divise en deux grandes périodes au cours desquelles la thérapeutique doit être envisagée de manière très différente.

Dans la première période, que l'on peut appeler *évolutive*, la maladie (sauf dans les formes abortives) passe par trois phases : préparalytique, progression des paralysies, régression des paralysies. Les deux premières phases, sont en général très courtes, quelques heures à quelques jours, la troisième au contraire peut s'étendre sur plusieurs années.

La phase de récupération de la paralysie une fois terminée, la lésion est *définitive*, on n'est plus en face d'un malade à soigner mais d'un infirme dont il importe d'améliorer l'infirmité.

***

Laissant de côté le traitement médical anti-infectieux et physiothérapique (électricité, rayons X) nous voudrions montrer ici les variations qu'a subies depuis une trentaine d'années le traitement orthopédique et cinésique à la période évolutive de la maladie.

Ce sujet a donné lieu à de multiples publications, surtout, naturellement, dans les pays frappés par de grandes épidémies (en Suède entre 1905 et 1937, on enregistre 25.000 cas de maladie de Heine-Medin ; aux U. S. A. la grande épidémie de 1916 a frappé 10.000 personnes rien qu'à New-York) ou de cas sporadiques très abondants (Suisse, Angleterre).

Nous donnerons en terminant les plus importants de ces travaux.

***

C'est l'Ecole de Liverpool avec H. O. Thomas (1854-1891), puis sir Robert Jones, qui a établi comme dogme la nécessité du repos complet musculaire et de l'appareillage dès le début de la période aiguë de la poliomyélite. Ces idées ont été reprises et développées par l'Ecole de Boston : R. W. Lovett, Legg, Osgood, W. Wright. On les trouvera exposées en particulier dans le *Traité de chirurgie orthopédique* de R. Jones et Lovett, dans diverses publications de Lovett et plus récemment dans un exposé très complet rédigé par H. O. Kendall et Florence Kendall pour le *Public health Bulletin*, publication officielle. En voici les données principales :

« Il faut répudier tout traitement actif, mobilisation, massage, tant que la mobilisation est douloureuse, c'est-à-dire parfois pendant deux ou trois mois après le début de la paralysie. Il faut attendre la récupération spontanée et le seul traitement orthopédique consistera à éviter tout ce qui pourrait l'empêcher. »

Dès le début de l'affection et pendant toute la période aiguë, toutes les parties frappées doivent être immobilisées en position de repos musculaire, en position «neutre », c'est-à-dire intermédiaire entre le relâchement complet et la distension.

Le malade est en décubitus, des coussins maintenant les courbures normales du rachis, les bras fixés à 75° d'abduction sur le tronc, coudes pliés à 90°, l'avant-bras, en position intermédiaire entre la pronation et la supination, les poignets en très légère hypertension, les doigts en demi-flexion, pouce en opposition. Pour le membre inférieur, les hanches sont fixées en abduction moyenne (écartement des malléoles de 30 à 40 centimètres) et flexion légère (20°), les genoux très légèrement soulevés (165°), les pieds fixés à 90° sur la jambe et les orteils allongés sur un plan résistant.

Les parties frappées sont maintenues dans ces positions d'abord par une installation de fortune (coussins, attelles).

Cette immobilisation stricte en position neutre est nécessaire pour empêcher, et c'est sur quoi insistent R. Jones et Lovett, la distension forcée des muscles paralysés : « Une simple faute, disent-ils, dans la protection des muscles affaiblis par la distension forcée (stretching) peut reculer la récupération complète de la fonction de plusieurs semaines. »

Avec la disparition de la température et des symptômes aigus, le malade entre dans une période subaiguë dans laquelle la sensibilité musculaire peut persister encore quelques semaines (trois à six semaines, parfois plus). L'immobilisation stricte doit être conservée, mais aux appareils de fortune on substitue au niveau des parties paralysées des appareils métalliques légers ou des gouttières plâtrées, toujours en position de repos. Ces appareils outre la protection des muscles affaiblis contre toute distension, empêchent les déformations résultant de la pesanteur ou de la rétraction des antagonistes des muscles paralysés.

C'est seulement lorsque toute sensibilité musculaire a disparu que l'on peut commencer la cinésithérapie : massages légers et surtout mouvements passifs puis actifs dosés avec grand soin et dont l'exécution est confiée à un personnel très entraîné.

Les exercices journaliers, très courts, sont soumis à des règles que l'on peut résumer ainsi :

1° Le muscle affaibli ne peut se contracter que si le membre est placé dans une attitude qui lui donne une longueur favorable ; étiré, non seulement il ne se contracte pas, mais il s'affaiblit et les exercices peuvent devenir nocifs ; si, au contraire, ses insertions sont trop rapprochées, le muscle se trouve dans de mauvaises conditions de travail. Il faut aussi écarter les positions du membre favorisant les suppléances par les muscles non atteints. Il existe donc pour chaque muscle ou groupe de muscles, une « position de départ » ;

2° Lors de l'exercice le muscle ne doit pas être fatigué. Chaque mouvement doit être ample, d'une amplitude restant au-dessous de la maxima. Chaque contraction est suivie d'un temps de repos. L'amplitude des contractions est croissante pendant l'exercice, décroissante vers la fin ;

3° Le membre doit toujours être réchauffé avant la séance : le muscle refroidi, privé de circulation ne se contracte pas. D'où l'avantage de faire la mobilisation dans un bain chaud;

4° Pour éviter la fatigue du muscle, il faut supprimer l'action de la pesanteur soit par la position donnée au membre, soit par l'emploi d'appareils à contre-poids.

Les deux dernières conditions, suppression de la pesanteur et réchauffement du membre, sont réalisées au mieux dans le bain chaud.

Le contrôle des progrès de la récupération de la contractibilité musculaire et finalement de son arrêt, est fait au moyen de tests cliniques établis par Lovett. Un personnel spécialement exercé à la cinésithérapie, est habitué à la recherche des contractions volontaires de chaque muscle ou groupe de muscles et à l'estimation de leur force de 0 à 100. Ces chiffres sont reportés sur des cartons préparés à l'avance et tenus à jour semaine par semaine. Chez les Anglo-Saxons, et certains autres pays, on préfère cette recherche clinique à l'emploi de l'électrodiagnostic qui n'est pas utilisé. D'ailleurs dans les mêmes pays, l'électrothérapie n'est pas employée. L'école de Boston l'a abandonnée à la suite d'une expérience faite par Lovett sur les paralysies de l'épidémie de 1914. Choisissant dans sa clientèle privée des paralysies des deux membres inférieurs, il fit pratiquer un traitement galvanique d'un seul côté, tandis que l'entraînement musculaire était pratiqué des deux côtés par un assistant qui ignorait quel côté recevait le traitement électrique. Après quelques mois on lui demanda quel côté avait la récupération la plus rapide. Il ne put indiquer de différence notable (*Infantile paralysis in Vermont*, p. 224).

***

Cette méthode de mobilisation tardive et d'appareillage strict et prolongé n'a pas été sans soulever des critiques. On l'a accusée à juste titre d'être la cause de l'enraidissement articulaire.

On trouve dans le travail de H. O. Kendall et Florence Kendall des aphorismes comme ceux-ci : « Avec une paralysie étendue « autour d'une articulation, il est préférable d'avoir une articu- « lation enraidie plutôt qu'un relâchement marqué avec articu- « lation libre. » Et encore : « On cause moins de dommage en

« attendant pour restaurer l'étendue des mouvements que d'em- « pêcher ce retour de la force en maintenant une complète liberté « des mouvements. »

Une réaction était inévitable.

Mais avant d'indiquer la transformation de la thérapeutique, il convient d'indiquer les travaux sur lesquels elle s'appuie, travaux qui ont modifié notre conception de la pathologie et de la physiologie pathologique de la poliomyélite. Ils sont exposés dans un travail de Steindler (Iowa) lu à la réunion annuelle de la Société américaine d'orthopédie en juin 1946. Ce qui suit en est en grande partie un résumé.

Plusieurs points semblent maintenant acquis :

1° Si les constatations anatomo-pathologiques et expérimentales constatent bien que les lésions principales de la poliomyélite siègent dans les cellules des cornes antérieures de la moelle, elles ne sont pas les seules. Charcot et Joffroy (1870) l'avaient déjà noté. On a décrit des lésions de la moelle en dehors des cornes antérieures, des lésions des ganglions spinaux du bulbe, du pont, des noyaux gris de la base et du cortex cérébral. Il s'agit non seulement de lésions vasculaires, interstitielles, mais aussi de la névroglie et des cellules nerveuses.

D'autre part, dans la moelle elle-même, les lésions ne sont pas localisées, mais disséminées en foyers distincts si bien qu'une des colonnes motrices des cornes antérieures (conception de Sano) peut être atteinte à un seul niveau. Alors que certains muscles reçoivent leur innervation de plusieurs segments spinaux, d'autres ont leur colonne d'innervation médullaire très courte. Les premiers seront rarement totalement paralysés (ex. : extenseur du gros orteil), les seconds sont plus facilement vulnérables en totalité (ex. : jambier antérieur).

2° L'étude expérimentale a montré qu'il y a des degrés dans les lésions histologiques des cellules des cornes antérieures. Leur réversibilité est possible jusqu'à un certain degré, impossible dans les autres. Ceci, dit Steindler, est l'explication la plus plausible de la possibilité de la complète récession de la paralysie.

3° La présence de spasmes musculaires au début de la poliomyélite et son explication a été l'objet de controverses importantes.

Cliniquement, dans un grand nombre de cas, on trouve à la période aiguë des groupes musculaires durs, indurés et leur mobilisation réveille une douleur qui siège dans le muscle. Bourman et Schwartz considèrent cette spasticité comme un phénomène général dans les premiers stages de la maladie.

L'étude des électromyogrammes montre que le spasme existe non seulement dans les muscles antagonistes mais aussi dans les muscles parésiés. Spasme et paralysie sont deux phénomènes distincts dépendant de lésions de groupes de cellules différentes dans la moelle.

« Il est maintenant reconnu, dit Steindler, que le spasme « représente une dysfonction du groupe de cellules de la corne « antérieure appelé groupe intermédiaire ou internuncial. » L'expérimentation a montré qu'il est très souvent atteint dans la poliomyélite. Kabat et Knapp, sur 68 malades morts de poliomyélite l'ont trouvé lésé dans 40 % des cas. Ce groupe est à la fois moteur et sensitif (Krause). Toutes les impulsions traversant l'arc spinal réflexe aussi bien que celles venant des centres supérieurs passent par ce relai pour se rendre aux neurones moteurs. La lésion de ce centre, en suspendant son action inhibitrice et celle des centres supérieurs libère le mécanisme spinal réflexe. C'est là l'origine du spasme, de l'incoordination musculaire et des contractions asynergiques souvent constatés dans la phase de début de la poliomyélite.

4° Un autre point qui a donné lieu à de nombreuses recherches, c'est l'état du muscle dans la poliomyélite. Il faut différencier l'atrophie par non-usage de la dégénérescence résultant de la dénervation. Cette différence, capitale, explique comment après un long temps la régénération neuro-musculaire est possible si le muscle est seulement atrophié et impossible si la dégénérescence de la fibre est grave. L'étude histologique a montré qu'il y a plusieurs degrés dans la dégénérescence. Dans les moins avancés les lésions sont réversibles, elles ne le sont plus dans les plus marquées. C'est l'examen électrique des muscles qui donne des renseignements sur leur valeur : électromyogrammes et surtout étude des courbes de la chronaxie. Les travaux de Moldaver en particulier ont établi que les muscles dont la chronaxie n'est que légèrement augmentée présentent un espoir de bonne récupération, tandis que ceux à chronaxie élevée ou ne répondant plus du tout à l'excitation ont un pronostic sombre.

5° Quelle est l'action du mouvement sur le muscle affaibli ? Les partisans du repos s'appuient sur ce fait que l'excitation électrique amène une fatigue et un épuisement du muscle. En est-il de même de la mobilisation active ? Les travaux poursuivis à l'Université d'Iowa pendant plusieurs années par Hines et ses collaborateurs et que rapporte Steindler, ont établi que *l'inactivité et l'immobilité du muscle retardent la régénération neuro-musculaire, tandis que leur usage précoce, au contraire, la suscite. La distension maxima du muscle* (strech) si redoutée par l'Ecole de Boston et *la fatigue qui en résulte, ne semblent pas avoir d'effets nocifs.*

***

La réaction contre la doctrine du repos musculaire et de l'immobilisation est déjà ancienne. Des auteurs, se basant sur leur expérience clinique avaient déjà prôné la mobilisation active précoce.

Dès 1927, au Congrès de Pédiatrie de Lausanne, le professeur Nicod déclare : « Attendre dans la paralysie infantile, la fin des phénomènes de régression pour commencer le traitement orthopédique constitue une erreur. Ces phénomènes sont variés et irréguliers dans leur durée et le traitement orthopédique doit débuter de bonne heure. » Et il prône la mobilisation précoce de la suppression de l'appareillage.

Vers 1930, on sait quel enthousiasme l'apparition de la *méthode de mobilisation sous l'eau*, l' « under-water treatment » a suscité aux Etats-Unis. Sous le haut patronage de Franklin Roosevelt, des hôpitaux spéciaux avec vastes piscines d'eau chaude ont été créés. On en trouve la description dans le livre de Ch. Leroy Lowman (1937). Les malades, munis de leurs appareils, sont transportés à la piscine sur leurs cadres par un trolley. Descendus dans l'eau les malades sont placés sur des appareils de liège. Le membre à mobiliser est libéré et entraîné à faire des mouvements très précis sous le contrôle d'un personnel spécialisé.

La chaleur humide supprime la douleur et le spasme, et la suppression de la pesanteur autorise à une mobilisation très précoce.

Dans la plupart des pays d'Europe cet exemple a été suivi avec des moyens plus modestes (cuves, baignoires de forme spéciale, utilisation des sources thermales).

Quelle est valeur de cette méthode ? D'après le professeur Sherb (de Zürich) les résultats ont été très surestimés faute d'un contrôle précis. Le professeur Sherb a pu examiner au moyen de sa méthode d'électromyokynésie avant et après le traitement de paralysés envoyés faire un traitement sous l'eau aux stations thermales de Ragaz et de Rheinfelden. Il arrive aux conclusions suivantes : « Les avantages de la mobilisation dans l'eau chaude « sont nombreux : la chaleur humide active la circulation, amène « le relâchement des antagonistes contractés, la cessation de l'éti- « rement des muscles paralysés, elle constitue le mode de mas- « sage le plus doux, enfin elle présente une grande importance « psychique. Mais au point de vue récupération motrice les résul- « tats sont très variables et parfois décevants. »

La suppression de la pesanteur, lors de la mobilisation, peut être obtenue par l'emploi d'appareils à contrepoids. De construction simple employés soit au lit du malade pour les grands paralysés, soit dans des salles spéciales (installations de Saint-Fargeau, de l'Hôpital Belgrist, à Zürich, de Mr Guthrie Smith à l'Institut suédois de Londres, dans le service du professeur Salvioli à Bologne, etc...).

***

Cherchant à faire le point du traitement orthopédique et cinétique tel qu'on le préconise actuellement à la période aiguë de la poliomyélite, nous avons interrogé un certain nombre d'orthopédistes en Europe (1) et c'est le résultat de cette enquête qui nous guidera.

---

(1) Nous tenons à remercier ici MM. le professeur H. Y. Seddon (Oxford), Rowley Bristow (Londres), J. A. Cholmeley (Brockley Hill), Norman Capener (Exeter), professeur H. Waldenström (Stockholm), le professeur R. Sherb (Zürich), le professeur H. Martin (Zürich), le professeur Delitala (Bologne), le professeur Salvioli (Bologne), pour l'empressement qu'ils ont mis à nous répondre et l'amabilité avec laquelle ils ont bien voulu le faire.

A la période aiguë les malades sont hospitalisés dans un service de médecine infantile pendant la période d'isolement qui varie de trente à quarante jours, selon les pays. Pendant ce temps, ils sont maintenus autant que possible dans la position de repos musculaire et soumis à la balnéation chaude répétée. Ce n'est guère qu'en France et en Italie que la méthode de Bordier est employée. En Suisse, tant à Genève qu'à Zurich, elle a été abandonnée ainsi que la diathermie pour éviter le transport des malades.

En Italie, dans le service spécialisé du professeur Salvioli depuis 1939, la mobilisation passive et active aidée (*coadjuvata*) est pratiquée même avant la disparition de la sensibilité musculaire.

A la période de récupération, même en Angleterre, il y a longtemps que l'on observe un relâchement des règles strictes de Robert Jones. L'appareillage se réduit à ce qui est nécessaire pour empêcher la production des déformations et même, à Bologne, à un appareillage nocturne.

Un appareillage léger peut être indispensable pour favoriser la reprise précoce de la marche très importante pour favoriser le rétablissement de la fonction automatique du membre inférieur.

Partout on utilise la chaleur sous toutes ses formes : emploi de bouillottes très chaudes, mais surtout de bains à 35°, parfois salés — dans le bain sont exécutés des mouvements. Ce ne sont pas à proprement parler des mouvements passifs, mais un mouvement actif aidé. L'enfant a dans l'eau bien plus la notion de la position de son membre. Il doit, même s'il n'arrive pas à l'exécuter, toujours se représenter le mouvement à faire et accomplir l'effort adhéquat. Il y a non seulement une rééducation musculaire locale à faire, mais une vraie rééducation psychique, surtout chez les grands paralytiques qui s'installent volontiers dans leur infirmité.

Cette mobilisation dans l'eau est particulièrement indiquée chez les tout petits (Salvioli), chez les grands enfants ou les adultes, dès que le spasme et les douleurs musculaires sont tombés, on emploie surtout les différents modèles d'appareils à contrepoids au lit du malade ou dans une salle spéciale. Ce traitement nécessite de toute manière l'emploi d'un personnel nombreux, éduqué et entraîné. En Angleterre, par exemple, il existe des écoles spéciales de nurses recevant une instruction de pathologie orthopédique et de cinésithérapie dans les paralysies.

Par contre, sauf en France, Belgique, Italie, l'électrothérapie sous toutes ses formes (galvanisation, ionisation, faradisation) n'est très peu ou pas du tout employée. On invoque le plus souvent son inutilité : « l'état des muscles dépendant cent pour cent de l'état des centres moteurs de la moelle » (professeur Sherb) ; « Nous n'employons pas l'électrothérapie parce qu'il n'y a aucune évidence *certaine* que les cylindraxes dégénérés puissent renaître. Si la dégénérescence n'a pas lieu, le galvanisme a été gaspillé. C'est tout à fait différent dans les plaies des nerfs. » (Professeur Seddon).

Aux États-Unis la mobilisation précoce et la suppression de l'appareillage, très discutées, ont reçu une forte impulsion par la diffusion de la *Méthode de miss Kenny* (1). Celle-ci a soigné pendant vingt ans des poliomyélitiques (1.400 cas) à l'hôpital de Sydney et publié ses résultats en un volume (1937). Venue d'Australie, elle a diffusé sa méthode en Europe d'abord (Belgique, Angleterre) puis aux U. S. A. par des conférences, publications multiples et une publicité jugée par beaucoup excessive.

Cette méthode repose sur une conception spéciale de la maladie, conception qui a d'ailleurs beaucoup varié depuis 1937. Au lieu d'attribuer les douleurs et les spasmes musculaires du début à une origine centrale ou méningée, miss Kenny leur attribue une origine presque complètement vasculaire. Les muscles affectés sont douloureux, hyperirritables et en spasme, par engorgement vasculaire et anoxie. Les muscles flaccides sont normaux et la perte de l'aptitude à se contracter est due à une dissociation fonctionnelle (aliénation) du système nerveux. La possibilité de contraction ne revient qu'après relâchement du spasme des opposants et la restauration de la conduction nerveuse jusqu'au muscle.

La paralysie par destruction des cellules médullaires existe, mais n'est pas une condition habituelle. Beaucoup de ce qu'on lui attribue est dû au spasme non traité et au non-usage des muscles dissociés.

L'incoordination musculaire apparaît dans les cas non traités. Chez les malades bien traités les déformations ne doivent pas se produire.

Au total, pour miss Kenny, la paralysie infantile est une maladie dans laquelle les troubles de la fonction physiologique du système nerveux sont plus importants que la lésion anatomique. Beaucoup de troubles sont le résultat de la désorganisation fonctionnelle des centres moteurs. La maladie affecte le muscle aussi bien que le tonus nerveux. Le spasme musculaire est la première lésion de la maladie bien plus que la paralysie.

De ces données découle la conception du traitement. Son principal objet, dès le stade aigu, doit être la suppression du spasme et l'essai de restauration de la continuité physiologique des voies nerveuses jusqu'au muscle et cela le plus tôt possible.

A la période fébrile, aux mesures usuelles (ponctions lombaires, sérum de convalescent, décubitus en position de repos musculaire, etc.) on ajoutera pour lutter contre le spasme et la douleur des enveloppements dans des bandes de flanelle humides, aussi chaudes que possible (70°, 75°), enveloppements renouvelés toutes les deux heures et plus s'il est nécessaire ; après chaque enveloppement on pratique trois mouvements passifs dans toute l'étendue du mouvement de chaque articulation.

Au début ces mouvements sont très douloureux, mais la douleur cède vite, en trois jours au maximum, ainsi que le spasme. La crainte disparaît alors chez l'enfant qui peut coopérer lui-même à la mobilisation.

Pendant la nuit, la position des membres est surveillée et, si les douleurs empêchent le sommeil, les enveloppements et manipulations sont continués.

Dès la chute de la température le traitement est complété. Il s'agit toujours d'un traitement individuel, comportant une action sur l'état mental du sujet.

L'enfant est descendu sur un cadre dans le bain chaud et soumis à une douche alternativement chaude et froide. Le physiothérapiste pratique alors l'extension progressive des muscles spasmés jusqu'à l'obtention complète du mouvement articulaire dans toute son étendue. Cette mobilisation s'exécute d'abord dans le bain chaud toutes les deux heures.

Après que le spasme est tombé, la mobilisation s'exécute sur la table et la rééducation active des mouvements est entreprise. Elle nécessite la coopération constante du malade qui doit apprendre les notions nécessaires pour comprendre la physiologie de chaque action musculaire.

Puis ensuite on passe aux exercices avec opposition (appareils à contrepoids), exercices dans l'eau, rééducation de la marche.

Les publications de miss Kenny n'ont pas été sans soulever des protestations. A la demande de la section de chirurgie orthopédique de l'*American Medical Association*, le 11 juin 1942, une commission formée de sept notables chirurgiens orthopédistes a été chargée d'étudier l'application et les résultats de la méthode ; 740 malades provenant surtout de l'épidémie de 1943 ont été examinés dans seize cliniques différentes et le rapport a été publié le 17 juin 1944.

Ce rapport, très étendu, discute d'abord la nouvelle conception de la maladie proposée par miss Kenny. Des quatre principaux points de son concept de l'affection, les uns comme le spasme musculaire, la dissociation fonctionnelle, l'incoordination ont été signalés depuis fort lontemps, mais l'interprétation qu'en fournit miss Kenny est inexacte et dans l'ensemble sa conception de la maladie ne correspond pas à la réalité.

Etudiant les modifications apportées à la thérapeutique, le comité reproche surtout à miss Kenny de dire que la partie principale du traitement consiste à lutter, dès la période de début, contre le spasme musculaire et la douleur par les fomentations chaudes, d'affirmer qu'*ainsi l'on prévient ou l'on arrête la paralysie*, de faire croire aux familles que si elle avait pu soigner l'enfant plus tôt elle eût évité la paralysie. Supprimant tout appareil, miss Kenny en arrive à rejeter l'emploi du poumon d'acier comme inutile, et à affirmer que la scoliose paralytique peut être prévenue par son traitement.

Dans ses publications, miss Kenny déclare que par le traitement classique, seulement 13 % des malades guérissent sans paralysie, alors qu'elle obtient 80 % des guérisons. La commission s'élève contre une telle affirmation. Les reports de la littérature indiquent que, selon les épidémies, la guérison spontanée sur-

(1) L'exposé de cette méthode a déjà été fait dans la récente *Actualité* de notre excellent collaborateur le Dr Levent : A propos du diagnostic et du traitement de la poliomyélite. *Gazette des Hôpitaux*, 7 juin 1947, p. 338.

vient dans 50 à 80 % des malades et que le poumon d'acier a sauvé de nombreuses vies. Il n'y a pas d'évidence que le traitement de miss Kenny prévienne ou diminue la paralysie.

Malgré cette mise au point, l'intervention de miss Kenny a eu son utilité. Elle a montré que, entre des mains très exercées, le traitement très précoce des membres paralysés n'était pas nocif. Elle a attiré l'attention sur la nécessité de s'occuper de la musculature du dos chez les sujets longtemps alités. Enfin, d'une façon générale, elle a provoqué un mouvement d'étude des conditions de traitement de la poliomyélite et favorisé ainsi l'établissement de nouveaux centres de traitement.

La position actuelle aux Etats-Unis semble être que les lésions diffuses du début, transitoires, ne jouent pas un rôle dans la permanence des paralysies. Si la douleur et le spasme inhibent la fonction à la période aiguë, elle ne laissent pas de trouble résiduel.

Il y a intérêt à supprimer au maximum l'appareillage, à instituer la mobilisation aussi précoce que possible du membre, mobilisation surtout active, avec reprise rapide de la fonction de support du poids du corps par la marche.

Il ne faudrait pas cependant pousser à l'extrême ces tendances car, comme le remarque avec humour Mc Carroll, ce serait mettre le malade exactement dans la situation des poliomyélitiques qui ont été laissés à eux-mêmes sans traitement autre que les exhortations de la famille à remuer et se lever, et qui sont amenés au médecin au bout de quelques mois.

⁂

Les conséquences de l'évolution dans le monde entier du traitement de la poliomyélite au début vers l'application d'une thérapeutique de cinésie active très délicate et très précoce sont sont d'une part la nécessité de la formation d'un personnel de physiothérapeutes instruits et entraînés dans des écoles spéciales et, d'autre part, le groupement, dès le début de l'affection des poliomyélites dans des centres spécialisés de traitement. Ces deux mesures, réalisées déjà en Angleterre et aux Etats-Unis, s'imposeront aussi en Europe.

Indications bibliographiques

1914. Robert W. LOVETT (Boston). *Principles of the treatment of infantile paralysis — The J. of the A. Med Ass.*, 24 janvier, vol. LXII, p. 251-254.

1922. *idem.* The diagnosis, prognosis and early treatment of poliomyelitis. *J. A. M. A.*, 27 mai, p. 1607.

1924. *Infantile paralysis in Vermont*, un volume publié par *The state départment of public health.*

1927. Professeur NICOD (Lausanne). Traitement orthopédique de la paralysie infantile. *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 47, p. 655.

1933. Paul MARTIN. Nouvelle méthode de gymnastique rééducative — l'hydrogymnastique —. *Revue Méd. de la Suisse Romande*, vol. VI, 25 mai.

1936. LEGG (Boston). The early treatment of poliomyelitis and the importance of physical therapy. *J. A. M. A.*, 107, p. 633.

1937. Ch. LEROY-LOWMAN. Undervater gymnastics American. *Public-Inc*, Los-Angeles.

— KENNY Elisabeth. Infantile paralysis and cerebral diplegia. *Sydney-Australia.* Angus et Roberton, Limited.

1941. COB. W. H., POHL J. F. et KNAPP M. E. A new method of treatment for infantile paralysis. Publicat. 40. N. Y. *National foundation for infantile paralysis* (1re publication sur miss Kenny aux U. S. A.).

1942. HINES H. M., THOMSON J. D. et LAZÈRE B. *Am. Journ. of Physiol.*, 137, p. 527-532.

— LAZÈRE B, THOMSON J. D. et HINES H. M. *idem.* 138, p. 357-363.

1943. POHL John et KENNY Elisabeth. *The Kenny concept of infantile paralysis and its treatment. Minneapolis. Bruce Publishing.* C°.

— MOLDAVER J. Physiopathologies aspects of the disorders of muscles in infantile paralysis. *J. A. Med. A.* 123., p. 74-77.

1944. MOLDAVER J. Analysis of neuromuscular disorders in poliomyelitis. *J. of bone and joint surgery.* 26, p. 103-117.

— BOUMAN et SCHWART. Extent and mecanism of muscle spasm in infantile paralysis. *N. York state J. Med.* 44, p. 147-153.

— R. K. GHORMLEY (Rochester), Ed. L. COMPÈRE (Chicago), J. A. DICKSON (Cleveland), R. V. FUNSTEN (Charlotesville), J. A. KEY (Saint-Louis), H. R. Mc CARROLL (Saint-Louis), H. C. SCHUMM (Millvaukee). Evaluation of the kenny treatment of infantile paralysis — Rapport du Comité — *J. A. M. A.* 125, p. 466.

1945. WEHRMACHER W. H., THOMSON J. D. et HINES H. M. Effets of electrical stimulant on denervated skeletal muscle. *Arch. Phys. Med.* 26, p. 261-266.

— Professeur H. J. SEDDON. The treatment of the lower neurona lesions. *The Chartered sc.*, of *Physiotherapy*, février 1945. *Congrès de 1944. Discussion.*

— T. AGUIS, A. E. BARTOLO, C. COLEIRO et H. J. SEDDON. Clinical treatment of the poliomyelitis epidemie in Malta 1942-43. *British Med. J.* 2 juin, vol. I., p. 759.

1946. Professeur H. J. SEDDON, E. B. HAWES, J. R. RAFFRAY. The poliomyelitis epidemie in Mauritius in 1945. *The Lancet.* 16 nov. 1946, p. 707.

— Professeur Guido FRANCONI, Dr HANS ZEILVEGER, Dr Anna BOTIZTIJN, avec la collaboration de : Dr P.-M. MARTIN (Zürich), J. MURY (Lausanne), professeur SHERB et Dr SEEN (Hal orthop. Balgrist), Dr ZINGY (armée), Dr HOFFMANN (Zürich). *Die Poliomyelitis und ihre grenzgebiete.* Bâle. Benno Schwabe et C°.

1947. Arthur STEINDLER (Iowacity). Nouvelles conceptions pathologiques et physiologiques de la poliomyélite antérieure et leur interprétation clinique. *The J. of bone and Joint Surg.*, janvier 1947, vol. LV., n° 1, p. 54-77. *Lu à the Annual Meeting of the Am. orthopedie Ass.* 28, juin 1946. *Discussion :* H. M. Mc CARROLL (Saint-Louis), W. T. GREEN (Boston).

— Christian TERRIER (Bienne). La Physiothérapie de la poliomyélite (Lettre d'Amérique). *Médecine et Hygiène* (Genève) 55e année, n° 97, 1er mai 1947.

ACTUALITÉS

La Streptomycine

Les substances antibiotiques avaient dès 1877 attiré l'attention de Pasteur et Joubert. Elles furent longtemps négligées mais prennent actuellement en biologie et en médecine une importance croissante. De médicament d'exception la pénicilline est promue à l'usage quotidien, mais n'est pas une panacée contre les infections. La recherche d'autres antibiotiques, complémentaires dans la pratique, se poursuit. Parmi les substances déjà reconnues, la streptomycine passe au premier plan depuis qu'en 1943-1944 Waksman, Bugie et Schatz, partis des recherches d'ensemble de R. Dubos sur les microbes du sol, firent connaître leurs premiers succès.

L'espèce d'origine de la streptomycine est *l'Actimomyces griseus*, abondant dans le sol. *In vitro* elle est active contre les microbes Gram-négatifs et le bacille de Koch ; d'autres antibiotiques, ses proches voisins, jouissent des mêmes propriétés mais sont doués d'une toxicité qui en interdit l'usage médical.

C'est une poudre jaune crème, hygrométrique et altérable à l'humidité, très soluble dans l'eau et le sérum physiologique, insoluble dans l'éther, l'acétone et le chloroforme ; tant en poudre qu'en solution, elle résiste mieux que la pénicilline au vieillissement et à la chaleur ; c'est à l'état de chlorhydrate et de sulfate qu'elle est habituellement administrée.

Au point de vue chimique, c'est une base organique faible (formule globale : $C_{21}H_{37-39}N_7O_{12}$) dont l'efficacité trouve son maximum au pH9 et qui peut être entièrement inactivée en milieu acide. La synthèse n'a pu encore en être effectuée.

La streptomycine est donc au terme d'extractions et de purifications délicates sur lesquelles nous ne saurions insister.

Le titrage des produits employés se fait actuellement de façon exclusivement pondérale ; l'unité S. Waksman d'abord employée équivaut d'ailleurs sensiblement à un microgramme de streptomycine basique, cristallisée, pure.

La technique du dosage diffère peu de celle qu'on emploie pour la pénicilline : cultures sur milieux particuliers, titrages colorimétriques.

L'intérêt qu'a suscité la streptomycine tient pour beaucoup aux variétés microbiennes qui subissent son action et qui en font un complémentaire de la pénicilline.

Pour la plupart, ce sont en effet des germes Gram-négatifs : colibacille, pneumobacille, pyocyanique, proteus, Pfeiffer, *pasteurella Tularensis*, typhiques, paratyphiques, dysentériques, *Salmonella*, *Brucellas*, bacille de Bordet-Gengou, gonocoque, méningocoque, peut-être bacille de la peste. A la vérité, même dans cette première liste, tous les éléments ne présentent pas la

même importance et l'intérêt de la streptomycine n'est pas toujours de premier plan.

A côté de ces germes, avec une importance pratique peut-être plus grande dans l'avenir que dans le présent se place le bacille de Koch ; l'étude des effets sur ce germe de la streptomycine, les conditions d'activité et de constance d'action sont pour l'étude de cet antibiotique un stimulant puissant et d'autant plus que les races humaine et bovine du bacille sont streptomycinosensibles.

Il convient enfin de ne pas oublier la sensibilité à la streptomycine de certains germes Gram-positifs, par une exception non encore expliquée : staphylocoques, streptocoques de certaines souches, spirille de la récurrente, tréponème pâle et d'autres germes aussi souvent Gram d'habitat tellurique : *subtilis*, *megatherium*, *prodigiosus*.

Cette liste, dont les divers éléments sont d'importance inégale, complète avec quelque harmonie la liste des germes pénicillosensibles ; elle continue cependant de laisser hors d'atteinte des espèces importantes : virus grippal, hématozoaires du paludisme.

Il faut de plus compter sur les inégalités d'action offensive : soit primitives, la susceptibilité variant avec les races microbiennes, soit et surtout secondaires ; la streptomycinorésistance existe en effet comme la pénicillorésistance et sa fréquence croissant à mesure que les méthodes antibiotiques deviennent plus usuelles n'est pas un risque négligeable pour elle d'insuccès à venir.

Les conditions générales de l'apparition d'une résistance à l'antibiotique d'un germe qui lui était antérieurement sensible nécessitent il est vrai d'être précisées, ce qui permettrait peut-être ultérieurement de transformer un ennemi en allié. Il est en effet remarquable que certains germes pénicillosensibles secondairement devenus résistants ont pu dans cette période de résistance devenir au contraire sensibles à la streptomycine à laquelle ils étaient d'abord réfractaires. Trouver l'explication de ce phénomène, en la rapprochant ou non de la sensibilité constatée à la streptomycine de certains germes Gram-positifs peut ouvrir à la thérapeutique antibiotique des chemins de traverse avantageux.

Si les conditions de la résistance des germes sont mal connues, un certain nombre de conditions qui favorisent l'action antibiotique sont déjà connues. Le pH est parmi les pricipales : l'alcalinité franche (pH9) est nécessaire, la tendance acide du milieu au contraire freine le processus d'attaque. De même, la présence du glucose diminue l'action antibiotique.

Ont aussi une action l'âge et le nombre des germes et l'organisme même du malade ; faute de pouvoir tout escompter avec assez de précision, il est donc dans chaque cas nécessaire de déterminer la fragilité du microbe et, s'il se peut, le rôle du milieu organique.

***

Moyennant la correction que comporte le passage du laboratoire à la clinique, les indications thérapeutiques s'établissent parallèlement avec les données ci-dessus. Ce sont les infections urinaires, celles à colibacille surtout, qui semblent avoir le mieux cédé à la streptomycine à condition que lui soient associés les traitements locaux que comporte le cas particulier (stase vésicale, lithiase, etc...) Keefer mentionne dans ces cas plus de 50 % de guérisons entières et solides et 25 % d'améliorations. Le pyocyanique et le proteus viennent en deuxième ligne. Les septicémies dues aux mêmes germes et d'origine urinaire ont donné également des succès remarquables.

Les septicémies à germes Gram-négatif de même (Friedlaender, Pfeiffer) ; exception paradoxale, aussi quelques rares septicémis à germe Gram-positif (certains staphylocoques, entérocoques). La question de l'endocardite d'Osler demeure ouverte, cas d'espèce où les espoirs ne paraissent guère récompensés par le succès.

Les méningites à Gram-négatif, Pfeiffer en particulier, sont souvent très heureusement influencées ; c'est ainsi que par la streptomycine employée seule, Keefer a obtenu 18 % de succès ; dans les méningites à colibacilles quelques succès ont été mentionnés. Dans les méningites purulentes l'échec est de règle.

Une indication qui semble importante est la tularémie, justiciable uniquement de traitements symptomatiques jusqu'ici. Fosher et Posternak les premiers, Keefer ensuite ont obtenu dans cette affection un minimum de 94 % de succès à la condition que la streptomycine soit employée à la phase aiguë de la maladie. C'est jusqu'ici une indication *ad usum Americæ*, mais la constatation récente d'un cas de tularémie en France montre que le privilège de l'Europe, comme il fallait s'y attendre, est à son terme et la méthode antibiotique sera la bienvenue.

En matière de tuberculose les résultats expérimentaux permettent de grands espoirs. Sans pouvoir les confirmer ni y contredire les cliniciens sont encore obligés à quelque réserve. Les statistiques de Heinshaw, Feldman et Pfuetge ont trait à des formes graves, surtout miliaires ou méningées. Dans les granulies on a vu surtout jusqu'ici un ralentissement transitoire de l'évolution ; dans les méningites aucun cas traité n'est mort et quelques malades survivent depuis des mois avec un liquide céphalorachidien normal bactériologiquement et cytologiquement et des inoculations négatives ; toute réserve doit être faite sur la durée de ces transformations et sur les séquelles neurologiques en attendant l'entrée en ligne de cas plus nombreux.

Les autres localisations de la tuberculose n'ont pas paru très influencées jusqu'ici en dehors de quelques formes ostéoarticulaires ou péritonéales et peut-être d'une amélioration de pronostic de la chirurgie pulmonaire des tuberculeux.

C'est un avantage de cet ordre qu'on paraît aussi surtout attendre de la streptomycine en pathologie intestinale et péritonéale.

Ce petit nombre des cas qu'on a pu jusqu'ici traiter ne permet aucune conclusion en aucun sens ; il en est de même au sujet des affections du groupe typho-paratyphique, dysentérique, des brucelloses où le moindre des cas traités est encore trop faible pour corroborer ou démentir les prévisions d'origine bactériologique.

***

Comme pour la pénicilline, on a cherché à déterminer le mode d'action de la streptomycine sur les germes qui lui sont sensibles. Il semble qu'à faible concentration elle soit seulement bactériostatique ; aux fortes concentrations, *in vitro*, tout au moins, Waksman et Schatz pour le bacille de Koch, Hamre, Rake et Douwick pour le bacille de Friedlaender auraient constaté une action bactéricide.

Ces constatations ont la plus grande importance pour la conduite du traitement et la permanence des résultats, d'autant plus que la toxicité pour l'organisme semble très réduite. Elles demandent néanmoins à être révisées et confirmées. Outre que l'espèce bactériologique est un facteur de variation auquel peut s'ajouter la résistance secondairement développée de germes primitivement sensibles, et aussi parce qu'on ne saurait *a priori* transférer en bloc à la clinique les résultats du laboratoire, il est nécessaire de tenir le plus grand compte des constatations récemment publiées par Levaditi et Vaisman (1). Expérimentant sur le cobaye ces auteurs ont constaté une action bactériostatique et bactériolytique mais non bactéricide ; les bacilles sont modifiés par la streptomycine mais non détruits ; l'interruption du traitement laisse sur place des éléments bactériens qui permettent un renouveau d'infection et des inoculations positives à des cobayes-témoins.

On peut administrer la streptomycine, exceptionnellement, par voie intraveineuse, ce qui favorise à la fois les scléroses veineuses et les accidents d'intolérance et donne une concentration aussi rapidement décroissante qu'elle a été rapidement atteinte ; la voie sous-cutanée, peu employée, serait préférable.

La voie la plus utilisée est *la voie intramusculaire*, injections intermittentes toutes les trois ou quatre heures avec adjonction analgésique de novocaïne.

On peut faire des injections dans les séreuses, lorsqu'il faut une concentration élevée au lieu même des lésions (plèvre, péritoine et surtout espaces sous-arachnoïdiens), moyennant dilution dans du sérum physiologique. La résorption méningée, très lente, permet d'espacer les injections.

L'administration *per os* ne s'applique qu'aux affections digestives.

Pour les affections broncho-pulmonaires, on peut aussi employer les aérosols qui n'occasionnent aucune réaction locale.

Il semble aussi possible, dans des cas particuliers, de l'employer en pansements.

La question de la streptomycine-retard est encore à l'étude.

La posologie varie naturellement avec le germe visé. Par

---

(1) Académie de Médecine, 1er juillet 1947.

voie intramusculaire, la streptomycine *commerciale* (dosée à 300 unités par milligramme) la plus employée jusqu'ici doit être donnée diluée dans du sérum physiologique, à une dose variant entre 1 et 10 grammes par jour, également répartis entre les injections (une toutes les 4 ou 5 heures). Dans la méningite à Pfeiffer on donnera par voie intramusculaire 0, 50 à 1 gramme par jour pendant 5 à 8 jours, soit 8 grammes pour le traitement entier, auquel s'associeront par voie intrarachidienne 25 à 100 milligrammes de streptomycine pure dosée à 1.000 unités par jour. Dans les septicémies à Friedlaender on donnera 2 à 4 grammes par jour pendant 10 jours, jusqu'à concurrence de 40 grammes environ pour la cure entière. Dans la méningite tuberculeuse le traitement sera à la fois plus énergique et plus prolongé : 1 à 3 grammes par jour, intramusculaires, pendant 3 à 6 mois, soit 500 grammes pour la cure entière, auxquels s'ajouteront par voie intrarachidienne 25 à 100 milligrammes par jour de streptomycine pure.

Bien que plus grande que celle de la pénicilline la toxicité de la streptomycine paraît faible : 1 gr. 5 par kilo de lapin ou de souris. La rapidité du passage dans le sang et les humeurs varie avec la voie d'administration de même que le maintien de la concentration. Il faut de quatre à huit fois plus d'unités antibiotiques pour inhiber les germes en présence de sang ou de plasma qu'en présence de milieux de culture.

La streptomycine passe très rapidement après injection parentérale dans le sang et dans la bile et on peut en retrouver les trois quarts dans les urines qu'elle stérilise au passage. Le passage dans les feces fortement appauvries en germes, elles aussi, n'est appréciable qu'après administration *per os*.

Le traitement peut provoquer quelques incidents. Parfois réactions locales, douleurs, indurations, paresthésies. Plus souvent réactions générales : tantôt réactions pseudohistaminiques, céphalée, congestion tégumentaire, nausées, vomissements, hypotension; ou réaction d'intolérance proprement dite : éruptions cutanées (érythèmes, maculo-papules, purpura) fièvre, survenant en général après une dizaine de jours, éosinophilie. On doit alors diminuer les doses ou même suspendre ou abandonner le traitement. On a signalé aussi des troubles neurologiques, surtout après des traitements prolongés, surtout des vertiges parfois durables, parfois même lésions définitives de la VIIIe paire.

Les atteintes rénales sont exceptionnelles ; le foie ni le sang ne semblent jamais avoir été touchés.

Le point sensible, comme avec la pénicilline ou avec les autres bactériostatiques, paraît la résistance acquise du germe, marquée, durable et assez fréquente, résultat probable d'une sélection microbienne plutôt que d'une mutation. Ceci intéresse autant l'épidémiologie que la thérapeutique. La résistance se constate avec parallélisme *in vitro*, chez l'animal et en clinique humaine. Aucune espèce streptomycinosensible n'en est exempte.

Peut-être les résistances acquises respectives à la streptomycine et à la pénicilline ne sont-elles pas obligatoirement concordantes ; peut-être sont-elles parfois inverses l'une de l'autre. Il y a là bien des inconnues encore et de la plus grande importance.

Quoiqu'il en soit la streptomycine est digne d'études plus amples que celles que sa nouveauté, sa rareté et les difficultés présentes ont permis d'accomplir. Sans y espérer une panacée tout permet d'y escompter, comme pour la pénicilline, une arme thérapeutique du plus haut intérêt pratique.

R. Levent.

PRATIQUE MÉDICALE

Nouveau traitement de l'orchite ourlienne

par MM. Naussac, Léon Gonnet et Mlle Lanternier (1)

Les auteurs rapportent six observations d'orchite ourlienne traitées par les infiltrations du sympathique lombaire. Les résultats ont été remarquables : sédation de la douleur à la cinquième heure, chute thermique en 12 heures, disparition de la fluxion devenue indolente en 4 ou 5 jours. Intégrité ultérieure du testicule et persistance de spermatozoïdes normaux dans le sperme deux mois après la maladie.

(1) Soc. Méd. des hôp. de Lyon, 20 janvier 1947. Analyse *in Journnal de méd. de Lyon*, 8 juillet 1947.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Séance du 22 juillet 1947

Le rôle de l'éthylisme dans les troubles cardiaques des sportifs. — MM. Audier, Gascard et Alliez (Présentation faite par M. Laubry). — Chez les sportifs deux variétés de troubles cardiaques où l'éthylisme joue un rôle au moins partiel peuvent se rencontrer :

Ou bien il s'agit d'éréthisme cardiaque avec palpitations sans augmentation de volume du ventricule gauche ni troubles de l'électrocardiogramme. Il s'agit de troubles neurologiques bénins mais que le repos n'arrive à faire disparaître qu'après un temps très long.

Ou bien et exceptionnellement, il s'agit de troubles graves : dyspnée d'effort progressive apparaissant chez des sujets jeunes sans tare organique et aboutissant en 6 à 8 mois à une asystolie irréductible. Très gros cœur et altérations électrocardiographiques — insuccès du traitement cardiotonique et vitaminique.

Ces sujets pratiquaient des sports violents et étaient de grands intempérants.

On trouve ici le résultat du voisinage trop intime et parfois favorisé du club sportif et d'un bar.

Discussion : M. Le Lorier.

Les significations diagnostiques et pronostiques des rythmes leucocytaires et la méthode des instants favorables en thérapeutique. — M. Pinel. — La formule leucocytaire simplifiée du sujet sain montre un pourcentage pratiquement fixe des polynucléaires. Dans les cas pathologiques les examens régulièrement pratiqués montrent au contraire des variations périodiques dont le rythme est particulier à chaque infection et est modifié par la virulence, les rechutes, la tendance à la guérison, l'évolution aiguë ou chronique. Dans des infections associées se combinent les rythmes particuliers à chacune des infections composantes. Les altérations neurologiques graves font disparaître ce rythme.

Cette périodicité doit régler le moment de l'action en matière de thérapeutique leucostimulante ; il existe des moments favorables hors desquels le traitement n'est ni efficace ni même sans nocivité.

Uue démonstration histologique de l'existence des nerfs histaminiques. — M. Coujand (Présentation faite par M. Champy).

La thrombine-retard comme traitement de fond de l'hémophilie. — MM. Lian, Siguier, Piette, Poulain et Sarrazin. — Dans le but de prolonger l'action de la thrombine plus encore que ne fait la simple association avec l'hyposulfite de magnésie, une association supplémentaire a été réalisée avec la poly-vinyl-pyrrolidone. Des injections répétées tous les 3 ou 4 jours ont produit un abaissement durable et permanent du temps de coagulation sanguine.

La poly-vinyl-pyrrolidone allonge donc le temps d'action de la thrombine tout comme elle le fait pour d'autres substances.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 12 octobre 1946

Syphilis et néoplasmes. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman relatent de nouvelles observations d'adénomes ou de carcinomes devenus virulents par symbiose avec le virus dispersé chez des souris préalablement syphilisées.

Pénicilline et autolysine. — MM. C. Levaditi et J. Henry ont vu, avec les pneumocoques II et III que si l'autolysine de ces pneumocoques est une réalité incontestable, elle ne semble jouer aucun rôle dans la lyse pénicillinique.

Pénicilino-résistance de la « Klebsiella pneumoniae » (bacille de Friedlaender). — MM. C. Levaditi et J. Henry montrent que la résistance de ce germe à la pénicilline n'est pas attribuable à la sécrétion de quantités appréciables d'anti-pénicilline.

Activité thérapeutique expérimentale de l'ester méthylique de pénicilline et de l'association liposoluble de cet ester et du bismuth. — MM. C. Levaditi, H. Penau, A. Vaisman et G. Hagêman concluent que, dans les infections staphylococciques, streptococciques, pneumococciques et tréponémiques de la souris et du lapin, le pouvoir thérapeutique de ces dérivés est plus durable que celui de la pénicilline ; leur élimination est plus lente, et bien que la teneur du sérum en pénicilline reste nulle ou presque nulle du fait d'une libération lente et vraisemblablement progressive, l'effet curatif est net, spécialement dans la syphilis expérimentale du lapin et de la souris.

Antimasculinisants dérivés de la coumarine. — MM. P. Gley, M. Mentzer, S. Delor, P. Mothe et G. Millon ont obtenu avec plusieurs dérivés de la phényl 3 coumarine chez les jeunes rats, l'atrophie des testicules et des vésicules séminales. L'action peut d'ailleurs être dissociée et même porter seulement sur l'un de ces éléments.

Sur l'avitaminose P expérimentale. — MM. J.-L. Parrot, M. Gabe et H. Cotereau ont pu réaliser chez le cobaye une avitaminose P complète et pure avec inefficacité totale de l'acide 1-ascorbique.

Sur la définition expérimentale de la vitamine P. — MM. J.-L. Parrot, M. Gabe et H. Cotereau précisent qu'il ne suffit pas qu'une substance élève la résistance des capillaires pour mériter le nom de vitamine P, mais qu'il faut en plus que, associée à l'acide 1-ascorbique, cette substance corrige ou prévienne toutes les manifestations du scorbut.

Les modifications histologiques de la glande thyroïde du cobaye au cours de l'avitaminose P. — MM. M. Gabe, J.-L. Parrot et H. Cotereau établissent que l'activation du corps thyroïde, constante au cours du scorbut, ne disparaît avec une faible dose d'acide 1-ascorbique qu'en présence de vitamine P, qui est un « facteur d'économie » à l'égard de la vitamine C.

Avitaminose K et chronaximétrie. — MM. R. Lecoq, P. Chauchard et Mme H. Mazoué trouvent chez le rat des modifications chronaximétriques, du type acidosique, se révélant sous l'action d'un déséquilibre minéral ou protidique.

Comparaison de la rapidité d'action de la vitamine A et du carotène dans la correction des troubles chronaximétriques de l'avitaminose A du rat ; inactivité des vitamines B et E. — M. P. Chauchard, Mme H. Mazoué et M. R. Lecoq montrent par de nouvelles expériences faites sur le rat, que la vitamine A et le carotène ne peuvent être indifféremment substitués l'un à l'autre. Malgré leur action antiacidosique non spécifique, le complexe vitaminique B et la vitamine E, par voie parentérale, se montrent sans effet sur les manifestations acidosiques de l'avitaminose A.

Essai sur l'aptitude réduite à la production des antitoxines des chevaux ayant déjà été utilisés comme producteurs d'un sérum spécifique. — MM. E. Lemétayer, L. Nicol, O. Girard, et R. Corvazier.

Séance du 26 octobre 1946

Le dosage des phosphatases et du phosphore minéral sérique dans les ictères. Données complémentaires. — MM. MM. H. Gounelle et J. Marche dans les hépatites ictérigènes n'ont pas rencontré de phosphatasémie supérieure à 10 U. B., alors que dans les ictères par rétention des chiffres supérieurs à 15 U. B. sont rapidement atteints. Sans avoir la même régularité, le phosphore minéral a tendance à s'abaisser dans les premiers, à s'élever dans les seconds. Il s'agit là d'indices intéressants pour le clinicien, mais dont il ne faudrait pas exagérer la valeur diagnostique.

Recherches sur la toxine typhique. Son action sur les leucocytes de lapin. Phénomènes d'immunité. — M. S. Mutermilch a mis en évidence dans les cultures sur bouillon de bacilles d'Eberth un principe toxique et antileucocytaire *in vivo* et *in vitro*. Les lapins peuvent être vaccinés avec succès avec cette toxine.

Castration de l'embryon femelle de lapin. — M. A. Jost.

Dosage de la vitamine B^2 (Riboflavine) chez les rats hypophysectomisés ou traités par des substances antithyroïdiennes ou néphrectomisés. — Mlle A. Raffy.

Election. — M. Pierre Gley est élu membre titulaire.

Séance du 9 novembre 1946

Sur l'activité de la testostérone par voie transcutanée chez le rat. — MM. G. Valette et R. Cavier montrent que chez le rat, par voie transcutanée en solution dans l'eucalyptol, la testostérone et le propionate de testostérone agissent d'une manière aussi intense et même, semble-t-il, aussi rapide qu'en injection sous-cutanée en solution huileuse : l'hormone mâle peut pénétrer à travers la peau du rat.

Durée de la dispersion tréponémique chez les souris atteintes de syphilis expérimentale cliniquement inapparente. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman montrent que cette dispersion tréponémique persiste chez des animaux ayant survécu 1.011 jours, sans aucune tendance à la stérilisation.

Mécanisme de la résorption de l'association liposoluble d'ester méthylique de pénicilline et de bismuth, injectés par voie intramusculaire. — M. C. Levaditi, après injection dans les muscles du lapin, par l'examen histologique (lésions lipides et bismuth), montre la dissociation du médicament, la libération du bismuth, qui persiste encore au vingt et unième jour. Il est probable que l'ester méthylique de pénicilline se dissocie également par voie d'hydrolyse.

Propriétés vaccinantes du pneumocoque, du staphylocoque et du streptocoque hémolytique dévitalisés et lysés par la pénicilline. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman ont pu, grâce à des lysats de cultures microbiennes par la pénicilline, vacciner des souris par injections répétées intra-péritonéales avec une protection ultérieure appréciable. La lyse par la pénicilline semble donner un potentiel immunisant comparativement supérieur à celui donné par la chaleur.

Différence d'action de la vitamine D^2 à hautes doses sur la calcémie sérique selon la voie de pénétration digestive ou intramusculaire. — MM. Gounelle, M. Bachet et R. Sassier n'ont pas retrouvé, par introduction intramusculaire de doses de même ordre, l'augmentation de calcium sérique obtenu avec les hautes doses de vitamine D^2 données par voie buccale.

Sur l'excrétion urinaire de l'épicatéchine (vitamine P). — MM. E. Gero et P. Galmiche ont fait des épreuves de charge avec des doses massives de catéchine droite (mélange d'épimères), avec dosage cinétique au jour le jour de l'épicatéchine excrétée : l'épicatéchine semble fixée dans l'organisme d'une façon analogue à l'acide ascorbique.

Sur le pouvoir bactéricide du distillat d'huile de foie de morue. — M. J. Solomidès, à condition que la culture microbienne soit suffisamment étalée, en mince couche ou en fine suspension, a constaté que divers microbes semblent tués par cette huile en une minute. Ce distillat paraît rester entièrement stérile à l'air libre pendant dix minutes et même plus de trois jours.

Action de la thiamine sur l'hématopoïèse normale et sur les anémies protéoprive et sulfamidique du rat. — M. A. Aschkenasy.

Le sang dans l'hypervitaminose B². — M. Aschkenasy.

Le sang dans l'hypervitaminose PP. — M. A. Aschkenasy.

Présentation d'ouvrage. — M. M.-C. Mathis dépose le livre récemment consacré par M. Fernand Lot à Charles Nicolle.

Séance du 23 novembre 1946

Méthode de mise en évidence de l'histamine à l'aide de l'inoculation du cobaye. — MM. R. Legroux, J.-C. Levaditi et L. Second ont pu, grâce à la sensibilité du cobaye à l'histamine et au pouvoir protecteur de 2786 RP, identifier l'histamine présente dans des aliments à des taux de 0,5 à 80 mgr. par gramme d'aliment. Cette méthode, inférieure comme sensibilité à d'autres, a pour elle sa simplicité.

Présence d'histamine dans du « nuoc-mam » conservé au laboratoire. — MM. R. Legroux, J.-C. Levaditi et D. Bovet ont constaté que l'histamine persiste dans le Nuoc-Nam pendant de nombreuses années, malgré la présence d'un petit nombre de germes aérobies et anaérobies.

La méningo-encéphalite hodgkinienne après injection intracérébrale de broyats ganglionnaires lympho-granulomateux. — M. Petzetakis (Athènes), partant de 9 maladies de Hodgkin, a inoculé des broyats ganglionnaires par voie intracérébrale chez le lapin, le rat blanc, la souris blanche et le cobaye. Il a obtenu chez le lapin une méningo-encéphalite et a pu réaliser une série de quatre passages ; l'immunité paraît acquise lors d'une réinoculation d'épreuve. Les colorations montrent dans les ganglions inoculés des corpuscules rappelant les corps élémentaires de la vaccine.

Nouveau test : kératite hodgknienne expérimentale et méningo-encéphalite provoquée après injection sous-conjonctivale de sang. — M. Petzetakis, après inoculation à la cornée du lapin des mêmes broyats ganglionnaires ou du sang prélevé en cycle fébrile, a vu se développer une kératite diffuse, transmissible en série. Cette kératite peut être suivie d'une méningo-encéphalite.

Immunite antitoxique colostrale du poulain issu de jument immunisée. — MM. E. Lemétayer, L. Nicol, L. Jacob, O. Girard et R. Corvazier ont trouvé à l'accouchement chez la jument immunisée, une véritable concentration de l'antitoxine au niveau du colostrum, mais cette concentration est éphémère. Dès les premières tétées, l'antitoxine apparaît ou augmente brusquement dans le sérum du poulain pour atteindre un taux sensiblement égal à celui du sérum de la mère. L'immunité colostrale a une part prépondérante dans l'immunité du jeune.

Immunité antitoxique diaplacentaire du poulain issu de jument immunisée. — MM. E. Lemétayer, L. Nicol, L. Jacob, O. Girard et R. Corvazier ont observé la transmission de l'immunité antitoxique de la jument au poulain par voie transplacentaire à condition que l'immunité de la mère soit suffisamment élevée.

Séance du 14 décembre 1946

Syphilis expérimentale généralisée du lapin. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman ont vu chez des lapins inoculés par voie sous-scrotale ou cornéenne avec la souche spécifique Gand, une généralisation des accidents syphilitiques, avec lésions périostiques et osseuses microscopiquement riches en tréponèmes.

Essais de vaccination de la souris contre la tréponémose dispersive cliniquement inapparente par injection de spirochètes dévitalisés. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman n'ont obtenu aucun état réfractaire manifesté par injection sous-cutanée à la souris de suspension de tréponèmes dévitalisés.

Etude de la virulence des bacilles tuberculeux jeunes cultivés en voile sur milieu de Sauton. — M. L. Nègre, utilisant des souches humaine et bovine plus virulentes que la souche bovin Vallée antérieurement expérimentée, a confirmé que ces bacilles cultivés sur milieu synthétique de Sauton n'ont pas les premiers jours de leur développement la virulence qu'ils acquièrent plus tard.

Les aminophyllines et l'excrétion biliaire. — MM. Ed. Peyre et J. Thuillier reconnaissent à l'aminophylline une action inhibante sur les muscles lisses des voies hépato-biliaires, permettant une récolte de bile immédiate.

Possibilités d'emploi du radio-phosphore pour le diagnostic précoce des néoplasmes. — MM. I. Grundland et U. Bulliard on pu, par des examens échelonnés après injection de radio-phosphore, déceler une différence d'enregistrement des électrons émis en faveur des néoplasmes superficiels.

Sur la production de sections encéphaliques temporaires par injections intra-cérébrales de substances anesthésiques. — MM. A. Soulairac et J. Barbizet ont pu, en inhibant différentes régions encéphaliques par des injections intra-cérébrales de novocaïne, obtenir des syndromes déficitaires définis et transitoires chez l'animal.

Sur les modifications surrénales et spléniques déterminées par la thiourée chez la souris albinos. — MM. L. Arvy et M. Gabe ont vu la surrénale de souris traitée pendant 60 jours diminuer de volume, avec atrophie marquée et congestion intense de la corticale. Il y a également atrophie de la rate. Ces modifications semblent indépendantes de toute intervention thyroïdienne, la morphologie thyroïdienne ne changeant pour ainsi dire pas chez la souris par la thiourée.

La vitamine B⁴ antiagranulocytaire. — M. R. Lecoq montre que la vitamine B⁴ (adénine) s'oppose chez le rat blanc à l'évolution du syndrome agranulocytaire expérimental (provoqué par une carence ou par l'ingestion de fortes quantités de substances médicamenteuses telles que le pyramidon).

INFORMATIONS
(Fin)

quier (Landes), Jouvelet (Hérault), Kerambrun (Saint-Martin-du-Tertre), méd. lieut. Klarnet, Kueny (Mulhouse), Robert Lafon (Montpellier), Lalanne (Léhon), Lefrançois (le Havre), Lemonnier (Roanne), prof. de Léobardy (Limoges), Ch. Lesné (Lille), Macé de Lépinay (Néris), Maret (Colmar), méd. comm. Martinet, Mattei (Turin), prof. Mattei (Marseille), Matter (Strasbourg), Maubert (Flers), doyen Louis Merklen (Nancy), Metenier (Villejuif), Minaire (Saint-Etienne), Molbert (Orléansville), Muller (Saint-Etienne), prof. Olmer (Marseille), Payri (Perpignan), Paulet (la Roche-sur-Yon), Feres (Blida), Paul Petit (Vichy), Pflimlin (Wintzenheim), Philippe (Saint-Lô), Pietkiewicz (Paris), Jean Pignot (Paris), prof. Portes (Paris), Raux (Millau), Reme (Plumelec), Rosanoff (Nice), Rousseau (Pithiviers), Roy (Angoulême), méd. comm. Santini, Schuller (Colmar), Schoepfer (Marmoutiers), Scum (Carcassonne), Speder (Maroc), Thiébaut (Pagny-sur-Moselle), Tondre (Strasbourg), méd. lieut. Paul Tournier, Traonovez (Châteaulin), prof. Vidal (Montpellier), Villey-Desmeserets (externe des hôp. de Paris), Warnery (Nouvielle), Mme le Dr Weill-Hallé (Paris), MM. Yacoël (Paris), méd. cap. Zivy, Zorn (Dijon).

Chevalier a titre posthume. — MM. les Drs Cazes (Saint-Gaudens), Oblin (Avranches), Rainhorn (Paris).

(J. O., 29 juillet 1947.)

La Rhumatologie du Praticien

La Société Savoyarde des Sciences médicales organise le dimanche 7 septembre 1947, à Aix-les-Bains, une journée d'étude qui sera consacrée aux problèmes posés par les affections rhumatismales ; des exposés seront faits par les docteurs Bertier et Blanc, F. Françon, J. Forestier, R. Merklen, J. Graber-Duvernay, J. Herbert, P. Baumgartner, G. du Lac, P. Faidherbe. Ils seront illustrés de présentations de malades, de radiographies et de pièces anatomiques et suivis de la projection du film du Dr de Sèze : « Les Rhumatismes ».

Un déjeuner amical par souscription est prévu au Casino du Grand Cercle où se déroulera la majeure partie de la manifestation. S'inscrire avant le 1er septembre 1947 auprès du Dr du Lac, 9, rue de Liége, Aix-les-Bains, qui fournira tous renseignements désirables.

CHRONIQUE

Cérémonie à la mémoire du professeur G. Jeanneney

Le 3 juillet 1947, à l'hôpital Saint-André, en présence de Mme Jeanneney, le voile qui recouvrait une plaque commémorative fut soulevé par sa fille Monique.

Cette plaque perpétuera, pour les générations futures d'étudiants, le souvenir du professeur Georges Jeanneney, homme d'action et merveilleux enseigneur, dont l'Ecole chirurgicale bordelaise est fière et qui, par de nombreux travaux, honora la chirurgie française.

Au cours de cette réunion intime, un de ses élèves, le professeur agrégé Magendie, retraça la vie scientifique de Georges Jeanneney. Le Dr Masini (de Marseille), le professeur Rocher, le professeur Dupérié, doyen de la Faculté de Médecine, M. de Luze, vice-président de la Commission administrative des hospices, évoquèrent, devant une assistance émue et nombreuse, la physionomie du cher disparu, son dynamisme et les caractéristiques de sa haute personnalité : amour de la vie et du travail, amour de la beauté et de l'harmonie, pitié pour la misère, mépris pour l'ignorance.

Après sa mort, le professeur Rocher prenait l'empreinte de sa main prestigieuse et généreuse, de cette main qui apaisa tant de souffrances physiques et soulagea tant de misères morales ! Cette main, posée sur sa robe professorale, constituait l'unique décor de cette intime cérémonie qui, bien que tardive (deux ans après sa mort), était l'expression — de la part de tous ses collègues et amis — d'une admiration sans réserve pour le grand chirurgien que fut Georges Jeanneney ! H. L. R.

Nécrologie

— Nous avons appris avec une très vive peine le décès de notre cher collègue et vieil ami le Dr Raoul Fauquez, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique de la Faculté. Ses obsèques ont eu lieu le 7 août, en l'église Saint-Roch, à Paris.

Notre bien regretté collègue s'était consacré depuis plusieurs années à la médecine du travail et notamment à la médecine des houillères, où il faisait autorité.

Fauquez était le dernier représentant d'une famille médicale très estimée ; il ne comptait que des amis et c'est très affectueusement que nous adressons à ses sœurs et ses neveux l'expression de notre affliction.

— On annonce la mort du Dr Le Moignic, ancien sénateur de l'Inde française, commandeur de la Légion d'honneur, directeur des Laboratoires des Lipo-vaccins, décédé à Paris au début du mois d'août.

— Du Dr René Roussel de Vauvilliers, maire honoraire du 7e arrondissement, décédé à Paris le 2 août 1947.

— Du Dr Mascré, de Paris.

LIVRES NOUVEAUX

L'électronisation (homéothérapie électrique), par le Dr Pierre Chevalier. Un vol. in-12, 72 pages, 75 fr. Amédée Legrand et Cie, éditeurs, Paris 1947.

Curieux et intéressant petit livre, autant par la nouvelle méthode thérapeutique qu'il préconise, que par les multiples résultats obtenus par la « Médecine électrique » dont il n'est qu'une manifestation.

L'électronisation est une arme nouvelle dont le médecin-praticien pourra constater la constante efficacité dans la lutte contre la maladie, en faisant disparaître l'état de spasme et de contracture qui se trouve à la base de tout déséquilibre circulatoire ou nerveux. En utilisant ce nouveau moyen de guérir, on obtiendra toujours la conservation de ce bien inestimable : la Santé, condition indispensable de Bonheur et de Jeunesse.

Dépôt légal. — 1947. — [illegible] trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 35. — SAMEDI 30 AOUT 1947 — 20e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, **375 fr.** Etudiants, **200 fr.** ; Etranger, **600 fr.** *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e), Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France	356 fr.
au lieu de 375 fr.	
Un an : étudiant	19· »
au lieu de 200 fr.	
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours sur titres pour la nomination à quinze places d'assistant d'anesthésie et de réanimation. — Ce concours sera ouvert le vendredi 14 novembre 1947, à 15 heures, à la salle du Conseil de surveillance de l'Administration, 3, avenue Victoria (2e étage).

Les inscriptions seront reçues au Service de Santé de l'Administration, 3, avenue Victoria (escalier A, 2e étage, bureau 206), du lundi 13 octobre au samedi 25 octobre 1947 inclusivement, de 14 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Hospices civils de Saint-Etienne. — Un concours sur épreuves en vue du recrutement d'internes des hôpitaux de Saint-Etienne aura lieu le mardi 7 octobre 1947, à l'hôpital Edouard-Herriot, à Lyon.

Les inscriptions sont reçues à la Direction générale des hospices civils de Saint-Etienne, 37 bis, rue Michelet, jusqu'au 4 octobre 1947, à midi, où les candidats pourront prendre connaissance des conditions d'admission au concours.

Hôpitaux de Chartres et de Dreux. — Un concours sur épreuves pour le recrutement d'un chirurgien adjoint (orthopédiste), à l'hôpital de Chartres, et d'un chirurgien à l'hôpital de Dreux, s'ouvrira le 26 décembre 1947.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction départementale de la Santé, 6, rue de Beauvais, à Chartres (E.-et-L.)

Facultés de province

Bordeaux. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. Labat, ancien professeur, admis à la retraite.

Légion d'honneur. SANTÉ PUBLIQUE

OFFICIER. — M. Justin Godart, président de l'Entraide nationale, ancien ministre de l'Hygiène, membre de l'Académie de Médecine.

Légion d'honneur. INTÉRIEUR

OFFICIER. — Dr Brandon, à Montreuil ; Dr Anselme Bellot, à Paris.

CHEVALIER. — Dr Robert Kuhn, président du Conseil général de la Côte-d'Or.

Légion d'honneur. EDUCATION NATIONALE

COMMANDEUR. — Dr Mawas, à Paris ; M. Urbain, directeur du Muséum d'histoire naturelle.

Légion d'honneur. ANCIENS COMBATTANTS

OFFICIER. — Dr Lalande (Maroc) ; Dr Esquier, à Constantine.

CHEVALIER. — Dr Bure, à Alger. (J. O., 22 août.)

Légion d'honneur. GUERRE

OFFICIER. — Méd. cap. Vallery-Radot (Félix-Pierre-Edouard).

CHEVALIER. — Méd. cap. Paul Lévy, méd. cap. H. Lopatin, méd. cap. Stanislas de Sèze, méd. comm. Ceccaldi, méd. cap. Jean Dubard, méd. cap. M. P. A. Vigo. (J. O., 23 août.)

Citation à l'ordre de la nation

Le Dr Raymond Salieu, à Beggers-Cappel, tombé lors de la libération de Dunkerque, alors qu'il se rendait au chevet d'un malade.

Distinctions honorifiques

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — MM. Bonnet (Val-de-Grâce) ; Casta ; Mlle Chantreuil ; MMM. Dubau, Ferrabouc, Ginestet et Giraud (Val-de-Grâce), Giraud (Nicolas), Pinelli, Talbot (Val-de-Grâce) ; MM. Mosinger et Poursines (Marseille) ; Roques (Alger) ; Dehay, Detroy et Palitzer (Lille) ; Cibert et Rebattu (Lyon) ; Castagne, Devèze et Lapeyrie (Montpellier ; Franquet, Marchal, Melnotte et Wolff (Nancy) ; Cormier et Leroy (Rennes) ; Pichat (Nantes) ; Waltz (Strasbourg) ; Bouisset, Bounhoure, Cadenat, Calmettes, Colombies et Mme Dulucq (Toulouse).

OFFICIER D'ACADÉMIE. — MM. Accoyer (Val-de-Grâce), Badelon (marine), Belz (Val-de-Grâce), Coumel, Duran, Grégoire (Val-de-Grâce), Mme Madeleine Hirsch, MM. Jaulmes, Jude, Lacaux, Touzard (Val-de-Grâce) ; Delphant et Raynal (Marseille) ; Curtillet, Goinard, Jahier, Monnet (Alger) ; Kergonou, Magendie, Mahon, Mesnard, Pouyanne, Rigaud (Bordeaux) ; Badinand, Bourrat, Guichard Roman (Lyon) ; Chaptal, Pierre Rimbaud (Montpellier) ; Mme Hélène Georges (Nancy); MM. Burger. Fourcade, Jaeger, Nordmann, Warter (Strasbourg) ; Castan, Fabre, Guilhem, Planques (Toulouse).

Médaille d'honneur des épidémies

ARGENT. — MM. Henri Fischer (Bordeaux), Poulain (Lyon), Mouledous (Tarbes).

BRONZE. — MM. Chevalier (Marseille), Terrisse (Laroquebrou), Chabert (Bordeaux), Mlle Pochard (Rennes), Mme Letisserand (Saint-Ylie), MM. Delahaye (Lille), Destombes (Lille) Doremieux (Bailleul), Lacherez, Lapouille et Leclercq (Lille), Seiller (Seclin), Sterin (Lille), Mme Quelin (Clermont), MM. Maurellet (Bry-sur-Marne), Ratel (Gonesse), Aslan (Draguignan).

ALGÉRIE

OR. — MM. Benzitouni, Colonna de Leca, Louis Masselot.

VERMEIL. — M. Vogt.

ARGENT. — MM. Bonfils, Ebert, Farny, Fonteneau, Mussy, Tavera.

BRONZE. — MM. Allouache-Arroum, Bendali, Bergeot, Bismuth-Harbar, Calavrese, Guedj, Lacheref, Meunier, Mlle Ottombre, MM. Pernin, Poinsot, Reboul.

TUNISIE

BRONZE. — MM. Baysse, Garrigues, Khiari Taoufik et Priet.

ARGENT. — MM. Raynard (Guadeloupe), à titre posthume ; Montfort (Guyane), Ajavon (Togo), Orsini (Paris), Varrin (Fréjus), H. Koch (Paris), Bellocq - Lacoustete (Paris), Martin (A.O.F.), Boiron (Dakar), Lawson (Togo).

BRONZE. — MM. Languillon (Nouméa), Bousson (A. E. F.), Doche de Laquintane ((A.E.F.), Danglemont (Guadeloupe), Garion (A.O.F.), Brumet (A.O.F.), Bergeret (Dakar), Gamet, Lebousse, Piriou, Saugrain, Hostier et Roigt (A.O.F.) ; Kœrber (Dakar), Pontichet Pinson (A.O.F.) ; MM. Roustaing, Alhounou, Madani, Soumare, Diarra, Dechambenoit, Sanankoua, Toure, Traore, Ossolion, Coulibaly, médecins africains.

MENTION HONORABLE. — MM. Eboi, Ahecore, Sanoussi, Dame, Yehouessi, Groga-Rada, médecins africains.

SANTE PUBLIQUE

Par arrêté en date du 30 juillet 1947, Mlle le Dr Laffoux, médecin des sanatoriums publics, en disponibilité, est réintégrée dans le cadre à compter du 1er juillet 1947.

Elle est mise à la disposition de M. le Préfet du Vaucluse en vue de son affectation au préventorium de Saint-Lambert, à Lioux, en qualité de médecin directeur.

Concours spéciaux. — Le J. O. du 17 août publie un décret relatif aux concours médicaux spéciaux prévus par l'arrêté du 7 décembre 1946. Ces concours ne pourront avoir lieu que s'ils ont été annoncés avant cet arrêté. Ils devront être terminés avant le 1er janvier 1948.

Diplôme d'Etat de puériculture. — Le J. O. du 20 août publie le décret n° 47-1544 du 13 août 1947 instituant un diplôme d'Etat de puériculture délivré par le ministère de la Santé publique aux candidates de nationalité française ayant subi avec succès les épreuves des examens prévus au présent décret.

Ce diplôme sera exigé de toutes les personnes non pourvues du doctorat en médecine occupant des emplois de direction dans les services publics et les organismes privés de protection maternelle et infantile. Des dispositions transitoires sont prises en faveur des sages-femmes, infirmières et assistantes sociales en fonctions.

Avis de vacance. — Un poste de médecin chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique privé de Saint-Remy (Haute-Saône).

Les candidatures devront être adressées dans un délai de trois semaines à dater de la publication du présent avis (J. O., 21 août 1947), au ministère de la Santé publique (direction de l'Administration générale et du Budget), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant au sanatorium de Camiers (Pas-de-Calais), (Tuberculose chirurgicale).

Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant au sanatorium de Plougonven (Finistère).

Les candidatures devront être adressées dans un délai de trois semaines à compter de la publication du présent avis au ministère de la Santé publique et de la Population, Direction de l'Administration générale et du budget, 3e bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Avis de concours

Un concours sur titres pour le recrutement d'un médecin à temps complet, particulièrement qualifié en obstétrique ou en pédiatrie, chargé du service départemental de protection maternelle et infantile, est ouvert à la direction départementale de la santé des Hautes-Pyrénées.

Pour tous renseignements, s'adresser au directeur départemental de la santé, 5, rue Georges-Clemenceau, à Tarbes.

EDUCATION NATIONALE

Nomination d'un recteur. — M. Sarrailh, recteur de l'Académie de Montpellier, est nommé recteur de l'Académie de Paris.

Ordre national des vétérinaires

Le J. O. du 21 août publie la loi n° 47-1564, du 23 août 1927, relative à l'institution d'un Ordre national des vétérinaires.

Licence ès sciences. — Le J. O. du 17 août publie un arrêté relatif à la licence ès sciences.

TRAVAIL ET SECURITE SOCIALE

Médecin contrôleur. — Après concours, le Dr Bardin a été nommé médecin contrôleur stagiaire de la Sécurité sociale.

Aviation civile

Commission médicale. — Il est créé, auprès du Conseil médical de l'aviation civile et commerciale, une commission supérieure d'examen médical du personnel navigant. (J. O., 21 août 1947.)

Journées médicales autrichiennes

L'Autriche organise, pour la première fois depuis la guerre, des journées médicales. Elles se tiendront, du 4 au 6 septembre 1947, à Salzbourg, sous la présidence du professeur W. Denk. Sujet à l'ordre du jour : « Les tâches actuelles de la science médicale. »

Congrès international de neurologie. — Le prochain Congrès aura lieu à Paris, en septembre 1949. Questions à l'ordre du jour : Maladies à virus neurotrope ; le thalamus et sa pathologie ; l'électro-encéphalographie ; la chirurgie de la douleur.

IIe Conférence scientifique internationale d'Aix-les-Bains

Elle est organisée par la municipalité et la Société Médicale d'Aix-les-Bains. Elle sera consacrée au **Rhumatisme chronique dégénératif** et comprendra trente-deux rapports confiés aux meilleurs spécialistes de France et de l'étranger.

Elle sera présidée par le professeur R. Leriche et aura lieu à la fin de juin 1948. Sa durée sera probablement de quatre jours : les séances de travail alterneront avec des excursions dans les Alpes de Savoie.

Il sera publié un volume de rapports et un volume de comptes rendus.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr F. Françon, 9, rue Lamartine, à Aix-les-Bains.

République Dominicaine. — Le Dr R. Quintart, Consul général de la République Dominicaine à Bruxelles, a envoyé la communication suivante au « Bruxelles Médical » :

« Il y a quelques semaines est arrivé par la voie des airs à Ciudad Trujillo, capitale de la République de Saint-Domingue, le professeur Georges Marion. Le professeur Marion, qui est un ami personnel de l'actuel président de la République Dominicaine, a été reçu à l'aéroport par le président Trujillo qui avait tenu à être le premier à saluer l'éminent savant français à sa descente d'avion.

« Le professeur Marion a pu jouir pendant plusieurs semaines des douceurs de l'hiver caraïbe dans ce beau pays des Antilles où il compte tant d'amis. »

A Nuremberg
Sept médecins nazis criminels de guerre sont condamnés à la pendaison

La cour martiale américaine de Nuremberg a rendu le 20 août le verdict du procès des vingt-trois médecins nazis grands criminels de guerre.

Karl Brandt, médecin personnel d'Adolf Hitler, commissaire du Reich à l'Hygiène et à la Santé ; Karl Gebhardt, médecin personnel de Himmler, président de la Croix-Rouge allemande ; Joachim Mrugowsky, chef de l'Institut d'hygiène des Waffen S. S. ; Rudolf Brandt, officier d'administration de Himmler ; Wolfram Sievers, directeur de l'Institut de recherches scientifiques de l'armée et président de la confrérie raciste de l'héritage ancestral, et Viktor Brack, officier d'administration de la chancellerie du Führer, ont été condamnés à mort par pendaison, ainsi que Waldemar Hoven, médecin chef au camp de concentration de Buchenwald. Cinq autres accusés ont été condamnés à la prison et vingt-trois autres, dont la doctoresse de Ravensbruck, Herta Obehæuser, à des peines variant de vingt ans à deux ans de prison.

Les autres accusés ont été acquittés.

Naissance

Danielle et Jean-Claude Petit ont la joie de vous annoncer la naissance de leur petite sœur Christiane.

De la part du Dr et de Mme le Dr Jean-Louis Petit, à Montereau (S.-et-M.), le 14 août 1947.

Nécrologie

— On annonce le décès du Dr Henry Perrier, radiologiste à Genève. Il était le frère de l'éminent chirurgien de Genève, le prof. Charles Perrier, à qui nous adressons notre bien vive sympathie.

Les séquelles veineuses des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes

Par M. Brelet (Nantes)

Dans une thèse présentée et soutenue en mars 1934 devant la Faculté de Médecine de Lyon, Mme Camelin a fait une excellente étude des séquelles de la fièvre typhoïde. Les documents ne lui manquaient pas, M. Dufourt lui ayant fourni 306 observations de séquelles constatées chez des personnes qui avaient été atteintes de fièvre typhoïde pendant l'épidémie de la banlieue lyonnaise en 1928 ; au cours de cette épidémie, 3.000 cas de fièvre typhoïde furent déclarés.

Pour M. Dufourt et Mme Camelin, les séquelles hépato-vésiculaires sont, de beaucoup, les plus fréquentes : 72 cas d'insuffisance hépatique ou d'accidents de lithiase vésiculaire ; puis viennent 52 séquelles nerveuses ou psychiques, celles-ci souvent graves puisqu'il s'agit parfois de troubles démentiels, de déficience intellectuelle ; presque aussi nombreuses (49) sont les séquelles gastro-intestinales ; les phlébites des membres inférieurs laissèrent vingt-deux fois des reliquats, le plus souvent peu importants, consistant en léger œdème, quelques varices et de la douleur à la marche. Beaucoup plus rares furent les séquelles cardiaques, rénales, osseuses, sanguines.

J'ai communiqué l'année dernière, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, une statistique bien moins importante ; j'avais recherché dans les Archives du Centre spécial de Réforme de Nantes quelques dossiers d'anciens soldats de la guerre 1914-1918 atteints de fièvre typhoïde ou paratyphoïde en 1914 ou 1915 (1) et ayant demandé une pension pour les suites de cette maladie. J'en avais retrouvé 40 ; poursuivant mes investigations, j'ai pu rassembler et étudier 70 nouveaux cas.

Sur ces 110 dossiers, il faut en éliminer 34 qui sont inutilisables ; ils concernent des demandes de pension faites, parfois très tardivement, pour des malaises ou des maladies que l'intéressé considérait comme conséquence de la fièvre typhoïde, mais que, même avec la grande bienveillance recommandée par M. le Ministre des Pensions, l'expert ne pouvait vraiment pas rattacher à la dothienentérie. En veut-on des exemples ? Un typhique de 1915 se plaint en 1933 de céphalées fréquentes ; un autre nous montre en 1921 des hémorroïdes apparues récemment. Et voici encore celui qui nous arrive en 1934 traînant la jambe droite ; il est hémiplégique et aphasique.

Dans les 76 véritables séquelles, on trouve un peu de tout : quelques cas d'affections cardiaques, intestinales, rénales, nerveuses, etc..., quatre fois seulement des reliquats hépato-vésiculaires et 38 séquelles de phlébite des membres inférieurs. C'est sur ces deux derniers chiffres que nous allons faire quelques remarques.

L'infection biliaire, avec la cholécystite chronique, la lithiase et même la cirrhose, est tenue pour la plus fréquente parmi les séquelles des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes ; je n'ai naturellement pas l'outrecuidance de discuter cette opinion classique. Que je ne puisse en signaler que quatre cas, cela n'a rien de surprenant si l'on tient compte de ce fait que tous mes malades sont des hommes (la lithiase biliaire s'observe plus souvent chez les femmes) et que la plupart sont des campagnards de la Loire-Inférieure ou de la Vendée. La lithiase biliaire fut longtemps rangée avec l'obésité, la goutte, dans le groupe des maladies par ralentissement de la nutrition. N'exhumons pas cette théorie qui a été — après la mort de son auteur — enterrée par les biologistes ; lisons seulement ces quelques lignes écrites par Noël Fiessinger : « Les lithiasiques sont plus fréquents dans les classes riches que dans les classes pauvres et à la campagne. La lithiase est favorisée par les professions sédentaires, le séjour prolongé au lit, l'alimentation riche et abondante » (2). Mes malades n'avaient pas l'habitude de s'attarder au lit le matin et ils se nourrissaient frugalement (1).

Pour les séquelles veineuses, elles furent très fréquentes et souvent graves ; ici encore, il faut essayer de trouver une explication. Sur 306 séquelles typhoïdiques, Mme Camelin n'a qu'une vingtaine de séquelles veineuses, proportion infime ; j'en ai 38 cas sur 76, exactement 50 %. Deux hypothèses, l'une et l'autre très plausibles : le génie épidémique de 1914-1915 et la fatigue des jambes de nos soldats à cette époque. C'est une notion bien connue que, dans toutes les maladies infectieuses, la fréquence de telle ou telle complication varie d'une épidémie à l'autre ; or, dans leur livre sur les *Paratyphoïdes B à l'Hôpital de Zuydcoote* de décembre 1914 à février 1916, Rathery, Ambard, Vansteenberghe et Michel ont signalé que les phlébites furent relativement fréquentes (2). Seconde hypothèse : les typhiques de septembre 1914 avaient les jambes bien alourdies par la retraite de Belgique, par la bataille de la Marne ; ceux de 1915 piétinaient jour et nuit dans la boue des tranchées, ce qui était aussi mauvais pour la circulation veineuse dans les membres inférieurs. Les microbes se sont fixés sur une paroi veineuse en état de moindre résistance. Une dernière remarque : alors que Mme Camelin note seulement un léger œdème post-phlébitique, quelques douleurs à la marche, assez souvent des varices, j'ai vu des hommes ayant un œdème considérable, des varices volumineuses, des troubles trophiques de la peau et devenant ainsi de grands invalides. Voici, rapidement résumée, l'observation d'un des plus atteints : en 1915, phlébite du membre inférieur droit ; œdème persistant qui augmente peu à peu et se complique, en 1926, d'un ulcère, ayant, l'année suivante, 7 centimètres de longueur et 5 centimètres de largeur ; en 1931, vaste ulcère avec suppuration abondante, enraidissement du cou-de-pied et du genou ; le malade ne marche que très péniblement ; le taux de son invalidité est fixé à 80 %.

Cherchons encore pourquoi cette aggravation des séquelles veineuses fut si fréquente. Elle est due à l'indifférence des malades pour l'œdème chronique qui les gêne peu pendant plusieurs années. Quand, à la suite d'une phlébite puerpérale, une élégante jeune femme a une cheville moins fine, un mollet plus gros que l'autre, elle en est très chagrine, surtout avec la mode des jupes courtes. Pour recouvrer la joliesse de ses jambes, elle se soigne, va faire une cure à l'une ou l'autre de nos stations thermales qui donnent si souvent, en pareil cas, de très heureux résultats. Nos cultivateurs ne s'inquiètent pas de l'œdème d'une jambe, s'il ne les empêche pas de travailler et ils n'ont guère l'habitude de fréquenter les villes d'eaux. Pourraient-ils d'ailleurs quitter la ferme à l'époque de la fenaison, de la moisson, du battage ? Alors ils laissent le mal s'aggraver et quelques-uns deviennent presque impotents.

(1) On se rappelle que les maladies typhoïdiques disparurent presque complètement pendant les dernières années de la guerre et nul n'ignore que cette si heureuse révolution dans l'épidémiologie des armées en campagne est due à M. le Médecin général inspecteur Vincent.

(2) Traité Sergent de pathologie médicale. Tome XII.

(1) Les temps sont bien changés ; aujourd'hui, les campagnards mangent de la viande beaucoup plus souvent que les citadins et en particulier que les Parisiens. Je n'insiste pas sur cette anomalie du Ravitaillement général, qui n'est un mystère pour personne.

(2) Ils ont aussi remarqué que les voies biliaires furent peu touchées, la cholécystite exceptionnelle. J'aurais donc pu et dû invoquer le génie épidémique pour expliquer la rareté des séquelles hépato-vésiculaires dans ma statistique.

REVUE DES THÈSES

THESES DE MEDECINE

29 avril. — M. Février. — Rôle des germes du genre dialister.
M. Guilleminot. — La réanimation au service de la chirurgie.
M. Garsin. — Le pemphigus foliage.
M. Perel. — Chimiothérapie sulfamidée en blennor. féminine.
M. Pujol. — Etude des descemétites.
M. Abramovici. — Fissuration spontanée du squelette.
M. Mariage. — Hémiplégie au cours de l'encéphalite.
M. Gross. — Septicémies à staphylocoques.
M. Kopel. — Thorax en carène.
M. Jacob. — Tyrothrocine.
M. Hypeau. — Traitement des abcès du poumon par pénicilline.
M. Macia. — Pénicillothérapie des otites moyennes aiguës.
Mlle Tichauer. — Tumeurs épithéliales du testicule.
M. Bianchi. — Incision utérine transv. dans la césarienne basse.
M. Doumert. — Histoire de la médecine opératoire en France.

DOCUMENTS OFFICIELS

Règlement du concours d'agrégation des facultés de médecine

Le ministre de l'Education nationale,

Vu l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative à la nomination des professeurs des universités ;

Vu le décret du 19 décembre 1945 relatif au comité consultatif des universités ;

Vu le décret du 7 mars 1936 portant statut du personnel enseignant des facultés de médecine ;

Vu l'arrêté du 31 juillet 1934 relatif à l'agrégation de médecine, modifié par les arrêtés des 14 août et 9 septembre 1935 ;

Vu l'arrêté du 8 mai 1946 fixant le règlement du concours d'agrégation des facultés de médecine pour 1946 ;

La section permanente du Conseil supérieur de l'Education nationale entendue.

Arrête :

TITRE PREMIER

DES ÉPREUVES

Article premier. — Le concours d'agrégation des facultés de médecine et de la section médicale des facultés mixtes de médecine et de pharmacie est divisé en 13 sections, savoir :

1. Médecine générale.
2. Chirurgie générale.
3. Dermatologie et syphiligraphie.
4. Hydrologie.
5. Neuro-chirurgie.
6. Neurologie et psychiatrie.
7. Obstétrique.
8. Odonto-stomatologie.
9. Ophtalmologie.
10. Oto-rhino-laryngologie.
11. Pédiatrie et puériculture.
12. Electroradiologie.
13. Médecine légale et médecine du travail.

Article 2. — Un concours spécial est organisé pour chacune de ces sections.

Au cours d'une même session aucun candidat ne peut se présenter à plus de deux concours.

Le concours a lieu par faculté et il est dressé une liste d'admission pour chacune de ces facultés.

Un même candidat ne peut figurer sur plusieurs listes afférentes à une même section.

Article 3. — Les épreuves du concours ont lieu à Paris. Elles comportent comme premier élément l'appréciation des travaux, des titres et des services des candidats.

Dès que le jury est définitivement constitué le président désigne les membres de celui-ci qui devront présenter des rapports écrits sur les travaux, titres et services de chaque candidat.

Après audition de ces rapports le jury, au scrutin secret, attribue à chacun des candidats une note allant de zéro à trente et dresse une liste d'aptitude comportant autant que possible un nombre de noms égal au double du nombre de places à pourvoir pour chaque section ou pour chaque faculté.

Les candidats inscrits sur cette liste peuvent seuls prendre part à l'épreuve d'admission définitive.

Article 4. — L'épreuve d'admission définitive est constituée dans chaque section par une leçon orale publique d'une heure, faite après vingt-quatre heures de préparation libre sur un sujet tiré au sort par le candidat.

Les sujets seront choisis par le jury de manière à lui permettre de juger les aptitudes pédagogiques du candidat.

Après audition de chaque leçon le jury, au scrutin secret, attribue au candidat une note allant de zéro à vingt.

Article 5. — A l'issue des épreuves, le jury dresse la liste par ordre de mérite des candidats proposés pour l'admission définitive, cet ordre étant déterminé par la somme des deux notes obtenues par le candidat.

Cette liste est soumise pour ratification au ministre de l'Education nationale. Elle ne peut comprendre plus de noms qu'il y a de places mises au concours, mais elle peut en comprendre moins si le résultat des épreuves est jugé insuffisant par le jury.

Article 6. — Un délai de dix jours à compter de la publication de la liste est accordé à tout candidat qui a pris part à tous les actes du concours pour se pourvoir devant le ministre contre les résultats dudit concours, mais seulement à raison de violation des formes prescrites.

Article 7. — Les agrégés sont institués et nommés par le ministre dans les formes prévues au décret du 7 mars 1936 susvisé.

Le titre d'agrégé est retiré à tout agrégé qui ne s'est pas rendu à l'époque fixée au poste auquel il a été appelé ou qui l'abandonne sans autorisation du ministre.

TITRE II

OUVERTURE DU CONCOURS ET CONDITIONS D'INSCRIPTION

Article 8. — La date du concours est fixée par arrêté du ministre de l'Education nationale inséré au *Journal officiel* six semaines au moins avant l'ouverture des épreuves.

Article 9. — Le nombre des places d'agrégés mises au concours dans chaque section est fixé par arrêté du ministre de l'Education nationale après avis des facultés intéressées. Ce nombre ne peut être modifié après la clôture du registre du concours.

Article 10. — Les registres d'inscription sont ouverts au secrétariat de la Faculté de Médecine de Paris dès l'insertion au *Journal officiel* de l'arrêté fixant la date du concours. Ils restent ouverts pendant un mois.

Les candidats fournissent en s'inscrivant la justification officielle de leurs titres et de leurs services, donnent l'indication de leurs travaux et déposent les ouvrages et articles publiés par eux, autant que possible en autant d'exemplaires qu'il y a de membres dans le jury.

Ils désignent la section ou les sections pour lesquelles ils concourent et, s'il y a lieu, la ou les facultés pour lesquelles ils se présentent. Si un candidat se présente pour plusieurs facultés dans une même section, il doit obligatoirement opter pour une faculté après la publication de la liste d'aptitude prévue à l'article 3.

Article 11. — Nul n'est admis à s'inscrire aux épreuves du concours s'il ne justifie du grade de docteur en médecine et s'il ne remplit les conditions exigibles pour l'exercice d'une fonction publique.

Les agrégés ayant été en exercice ne peuvent se représenter que dans une section autre que celle dans laquelle ils ont été nommés.

La liste des candidats admis à prendre part au concours est arrêtée par le ministre de l'Education nationale et publiée au *Journal officiel*.

TITRE III

DU JURY

Article 12. — Les présidents et les juges des différents concours sont choisis par le ministre de l'Education nationale sur les listes des professeurs, professeurs sans chaire ou agrégés établies par le comité consultatif des universités dans les conditions précisées à l'article 18 ci-dessous.

Article 13. — Le jury du concours de chaque section est composé de cinq membres à l'exception des jurys des première et deuxième sections (médecine générale et chirurgie générale) qui sont composés chacun de neuf membres.

Chaque jury comporte en outre deux juges suppléants à l'exception des jurys des première et deuxième sections qui en comportent quatre.

Article 14. — Les juges suppléants ne sont pas tenus d'assister à la séance où le jury se constitue.

En cas de récusation ou de tout autre empêchement d'un ou de plusieurs de ses membres, le jury se complète dans cette séance au moyen d'un tirage au sort fait parmi les membres suppléants.

Le président convoque aussitôt par télégramme ceux qui sont appelés à siéger. Il renvoie la suite de la première séance au jour où les juges suppléants sont convoqués.

Article 15. — Ne peuvent siéger dans un même jury deux parents ou alliés jusqu'au degré de cousin germain inclusivement. Ne peut non plus faire partie d'un jury tout parent ou allié jusqu'au même degré de l'un des candidats.

Ces personnes sont tenues de faire connaître l'empêchement qui s'oppose à leur nomination comme juges.

Article 16. — Nul ne peut être appelé à siéger simultanément ou successivement au jury de plus de deux sections au cours d'une même session.

Cesse de faire partie du jury tout membre qui a été empêché d'assister à une des épreuves du concours.

Article 17. — Les décisions du jury peuvent être valablement rendues par trois juges pour les concours qui en comptent cinq, par cinq juges pour les concours qui en comptent neuf.

En cas de partage des voix, le jury procède à un nouveau tour de scrutin pour lequel le président a le droit de déposer deux bulletins dans l'urne.

Article 18. — Pour l'application des dispositions de l'article 12 ci-dessus, les formations de la division des sciences médicales du comité consultatif des universités désignées dans le tableau ci-dessous sont appelées à établir, en vue de la désignation des juges titulaires, une liste de huit noms pour chacune des sections pour lesquelles le nombre des membres du jury est fixé à cinq, et une liste de quatorze noms pour chacune des première et deuxième sections.

Les mêmes formations établissent une liste de trois noms en vue de la désignation des juges suppléants, pour chacun des jurys qui en comptent deux et une liste de six noms pour chacun des jurys qui en comptent quatre.

Peuvent seuls figurer sur les listes prévues au premier alinéa du présent article les professeurs titulaires de chaires ou titulaires à titre personnel. Chacune de ces listes ne doit pas d'autre part comporter, pour celles qui comptent huit noms, plus de trois professeurs, pour celles qui comptent quatorze noms plus de cinq professeurs ayant effectivement pris part aux épreuves du précédent concours. En outre, lesdites listes, à l'exception de celles de médecine générale et de chirurgie générale, comporteront obligatoirement au moins deux professeurs titulaires d'une chaire de la spécialité.

Les listes prévues au deuxième alinéa du présent article peuvent comprendre outre des professeurs titulaires, des professeurs sans chaire et des agrégés.

Tableau des formations habilitées à établir les listes prévues aux alinéas précédents

1. Médecine générale : 2e section.
2. Chirurgie générale : 3e section.
3. Dermatologie et syphiligraphie : 2e section, 2e sous-section.
4. Hydrologie : 2e section.
5. Neuro-chirurgie : 5e section.
6. Neurologie et psychiatrie : 5e section.
7. Obstétrique : 4e section.
8. Odonto-stomatologie : 3e section, 3e sous-section.
9. Ophtalmologie : 3e section, 3e sous-section.
10. Oto-rhino-laryngologie : 3e section, 3e sous-section.
11. Pédiatrie et puériculture : 2e section, 3e sous-section.
12. Electro-radiologie : 1re section, 2e sous-section, 2e section, 1re sous-section.
13. Médecine légale et médecine du travail : 2e section.

TITRE IV

FONCTIONNEMENT DU CONCOURS

Article 19. — La direction et la police du concours appartiennent au président du jury.

Le président choisit, de concert avec les membres du jury, les sujets d'épreuves destinés à être tirés au sort entre les candidats.

Il prononce sur toutes les difficultés qui peuvent s'élever pendant la durée du concours.

Il fixe les jours et heures auxquels ont lieu les diverses séances.

Article 20. — Au cours de sa première séance, dès que le jury a été définitivement constitué, le président procède à la désignation des rapporteurs prévue à l'article 3 ci-dessus et fixe la date de la seconde séance, au cours de laquelle le jury entend la lecture des rapports écrits et dresse la liste d'aptitude prévue audit article.

Article 21. — Dès que cette liste est établie, le président fixe la date des épreuves définitives d'admission et convoque les candidats qui sont admis à y prendre part.

Article 22. — Les candidats sont tenus, sous peine d'exclusion du concours, de subir toutes les épreuves aux jours et heures indiqués et dans l'ordre déterminé par le jury à la suite d'un tirage au sort.

Aucune excuse n'est reçue si elle n'est jugée valable par le jury.

Article 23. — Sont et demeurent abrogées toutes dispositions contraires aux dispositions du présent arrêté.

Article. 24. — Le directeur de l'enseignement supérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 14 août 1947.

(J. O., 24 août 1947.) M.-E. NAEGELEN.

XIe Congrès Français de gynécologie

Châtel-Guyon, mai-juin 1947

Le XIe Congrès Français de Gynécologie s'est déroulé du 31 mai au 3 juin dans la coquette station thermale de Châtel-Guyon. Ce fut une des plus grandes réunions médicales internationales qui se soient tenues depuis la guerre. Des gynécologues de 15 nations : Etats-Unis, Grande-Bretagne, Canada, Belgique, Hollande, Suisse, Tchéco-Slovaquie, Hongrie, Brésil, République Argentine, Grèce, Portugal, Iran, Italie, Turquie, se sont réunis avec l'élite de la gynécologie française.

La séance inaugurale eut lieu le samedi 31 mai sous la présidence de M. le Dr F.-A. Papillon, de Paris. Au bureau présidentiel avaient pris place : M. le professeur I. C. Rubin, de New-York, président d'honneur du Congrès ; M. le Préfet du Puy-de-Dôme ; M. le professeur Merle, directeur de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand ; M. le Dr E. Douay, président de la Société Française de Gynécologie ; M. le Dr Maurice Fabre, secrétaire général du Congrès ; M. le Dr J. Camhies, délégué à l'organisation locale et M. le professeur Masse, rapporteur général.

M. le Professeur Rubin, après avoir remercié du témoignage d'amitié que la France avait donné à son pays en le désignant pour la présidence d'honneur du Congrès, rappela les noms des premiers gynécologues français qui furent accueillis par les Etats-Unis. Puis il compara la médecine à la démocratie : « La médecine, dit-il, est une démocratie en action. Elle offre à tous ses membres la possibilité d'atteindre les sommets de la profession. La médecine a accéléré l'avènement de la démocratie et des Droits de l'homme. La vraie médecine ne connaît point de haine. Elle prend naissance dans les sentiments de commisération et de générosité. »

M. le Dr F.-A. Papillon, de Paris, président, évoque l'évolution de la gynécologie depuis le début du siècle. A la phase chirurgicale qui a permis à tant de femmes antérieurement éternelles estropiées, de reprendre une vie normale, mais souvent au prix d'une stérilité définitive, a succédé une nouvelle époque. Les progrès réalisés dans l'application des agents physiques, des traitements électriques, puis les sulfamides et la pénicilline ont évité de nombreuses hystérectomies, tandis que l'insufflation et la salpingographie favorisaient des gestations. Actuellement l'endocrinologie transforme la gynécologie. Celle-ci doit profiter de l'évolution de la médecine sociale. L'application des lois de Sécurité sociale avec les examens périodiques de dépistage peut, avec l'aide des gynécologues, éviter aux femmes le développement de nombreuses affections génitales et surtout leur préparer des maternités normales.

La question à l'ordre du jour était : Les annexites de la gonococcie, de la puerpéralité et de la colibacillose ; la tuberculose étant exclue.

Dix rapports ont été présentés.

Ier RAPPORT

Etio-pathogénie des salpingites

par MM. EZES et GARES (Alger)

Si les résultats du traitement des salpingites sont si décevants, c'est que jusqu'à nos jours les recherches ont surtout porté sur la nature des agents infectieux et non sur ce terrain

si spécial que sont les voies génitales féminines, soumises à des influences endocrines cycliques. Les auteurs devant l'indigence des travaux consacrés à la question ont dû recourir à une expérimentation forcément restreinte sur l'animal. Ils étudient les fluctuations de la réceptivité de la trompe aux agents pathogènes et ouvrent la voie aux recherches qui, selon eux, doivent être orientées dans le sens neuro-hormonal. Ils en espèrent des résultats efficaces sur la thérapeutique.

IIe RAPPORT

Anatomie pathologique des annexites non tuberculeuses

Par M. Pierre Isidor (Saint-Germain-en-Laye)

Après un bref rappel de l'histologie normale de la trompe et de l'ovaire, l'auteur rappelle les différentes classifications anatomo-pathologiques des annexites. L'ampleur du sujet ne permet d'exposer que quelques points, intéressant directement le gynécologue (formes histologiques suivant l'étiologie, lésions inflammatoires en rapport avec la stérilité, lésions par vascularite et troubles neuro-vasculaires, hétéroplasie et métaplasie tissulaires, système réticulo-histiocytaire, troubles menstruels et inflammation).

IIIe RAPPORT

Symptômes et diagnostic des annexites

Par MM. Bonafos et E. Laffont (Alger)

Par suite des progrès de l'investigation clinique, l'annexite aiguë se démembre au profit d'individualités nouvelles comme l'endométriose et la tuberculose annexielle, l'ovarite microkystique et la salpingite hyperhormonale. L'annexite chronique voit au contraire son domaine englober des affections digestives, urinaires, hépatobiliaires, cardiaques et psychiques caractérisées par leur périodicité menstruelle, leur nature fonctionnelle et leur pathogénie neuro-hormonale réflexe. Le diagnostic des annexites prend une double orientation, l'une classique, microbiologique visant à l'identification des germes en cause, l'autre nouvelle, biologique, tendant à préciser la place du fond constitutionnel neuro-ergonal et de la constitution du moment dans la genèse et l'évolution des annexites.

D'où la nécessité d'examens génital et général complets, cliniques et biologiques, endoscopiques et radiologiques pour satisfaire ce besoin sans cesse accru de perfection diagnostique et thérapeutique.

IVe RAPPORT

Hystérosalpingographie et insufflations dans le diagnostic et le traitement des salpingites

Par M. Jean Dalsace (Paris)

La grande complication sociale des salpingites étant la stérilité, il est nécessaire de reconnaître au plus tôt l'oblitération des trompes, son niveau et de suivre pas à pas les progrès des thérapeutiques utilisées.

L'auteur montre comment il convient d'employer tour à tour ces deux modes d'exploration : le premier plus anatomique, en étudiant l'évacuation utérotubaire, le second plus physiologique qui rend compte de l'état fonctionnel des trompes.

Il insiste sur l'association de ces deux méthodes avec la chirurgie conservatrice des trompes qui ne tient pas toujours un compte suffisant des explorations tubaires. Celles-ci doivent être pratiquées avant, pendant et après l'acte opératoire pour tenter de rendre aux trompes une perméabilité normale permettant la fécondation.

Ve RAPPORT

(Première partie)

Les complications des annexites aiguës

Par M. R. Bourg (Bruxelles)

L'amélioration apportée au traitement des annexites par les antibiotiques, a réduit considérablement le nombre de leurs complications. Celles-ci peuvent aussi prendre un aspect différent. C'est ainsi que les hémorragies fonctionnelles en rapport avec des transformations kystiques de follicule ovarien multiples ou du corps jaune menstruel s'intertriqueront davantage dans le syndrome inflammatoire. Dans ce cas la muqueuse utérine présentera des transformations mixtes combinées avec des infiltrations leucocytaires très importantes.

Cependant on pourra rencontrer encore des manifestations générales de type septicémique, des accidents de péritonite diffuse plus ou moins étendue au cours de la phase aiguë des annexites. Des phénomènes d'obstruction intestinale par adhérences, des péritonites cloisonnées, des phlébites combinées avec des paramétrites apparaîtront aussi dans la seconde période d'évolution des processus inflammatoires annexiels. Les perforations intrapéritonéales ou intraviscérales sont devenues de plus en plus exceptionnelles, mais les infiltrations cellulaires aboutiront cependant à des compressions des organes de voisinage tels le rectum, le sigmoïde, les uretères.

Il ne faut pas perdre de vue non plus les accidents de torsion et la coexistence de salpingite avec la grossesse extra-utérine.

Il reste évident que lorsqu'un pyosalpinx n'a pas de tendance au refroidissement malgré un traitement bien conduit, son origine tuberculeuse doit être sérieusement prise en considération.

Il est possible qu'il existe dans les populations indigènes des colonies, des complications des annexites encore mal connues et mal décrites.

(Deuxième partie)

Les complications des annexites chroniques à pyogènes banaux

Par M. R. Tingaud (Bordeaux)

Mise à part leur influence sur la conception (stérilité) et la grossesse (G. E. U.), les M. A. C. peuvent entraîner des complications de plusieurs types.

1° Des complications fonctionnelles : douleurs pelviennes et à distance ; hémorragies ; dysménorrhées ; dyspareunie ; retentissement neuro-végétatif qui peut se traduire par des troubles digestifs, cardiaques, psychiques, etc. ;

2° Des complications mécaniques : torsion et rupture.

3° Des complications inflammatoires : abcès de l'ovaire et ovarites chroniques ; pelvipéritonites chroniques ; cellulites pelviennes chroniques elles-mêmes responsables en grande partie des douleurs, des sténoses urétérales et des rétrécissements péricolorectaux ; lymphangites sous-péritonéales ; phlébites.

C'est pourquoi l'examen d'une M. A. C. doit comporter, pour être complet, un examen du transit digestif et de l'arbre urinaire.

VIe RAPPORT

Annexites et puerpéralité

Par MM. Houel et Jahier (Alger)

L'existence d'une annexite au cours de la gestation est une possibilité qui doit toujours demeurer présente à l'esprit. Au cours de la gravidité, les annexites peuvent être d'origine « exogène » (gonococcie, manœuvres abortives) ou « endogène » (appendicite, colibacillose, inf. générales). Sauf exception, la grossesse et l'accouchement ont une influence fâcheuse sur les annexites, et réciproquement (compl. mécaniques ou septiques). Le diagnostic est souvent délicat (gr. extra-utérine, k. de l'ovaire, torsion des annexes, péritonites, etc.). Le pronostic est fonction de l'exactitude et de la précocité du diagnostic et de la thérapeutique mise en œuvre. Le traitement tend à devenir de plus en plus conservateur, grâce à la sulfamidothérapie et à la mycothérapie (Portes et Mayer). L'intervention chirurgicale conserve cependant des indications précises (torsion, perforation, péritonite).

VIIe RAPPORT

Le traitement médical des annexites

(Tuberculose exceptée)

Par M. Robert Traissac (Bordeaux)

Le traitement classique et en particulier le repos et la glace restent à la base. Les vaccins sont surtout utilisés pour la médication de choc. Les sulfamides et la pénicilline ont transformé ce chapitre de la thérapeutique en diminuant la durée du traitement, en consolidant ses résultats. Le blocage anesthésique

donne d'excellents résultats dans les séquelles douloureuses. Quant aux hormones (folliculine, progestérone et surtout testostérone), elles ne représentent qu'une médication d'appoint. Toutes les combinaisons sont utilisées ; les plus caractéristiques sont : sulfamides-vaccins, sulfamides-pénicilline et surtout plus récemment sulfamides-vaccins-pénicilline (myco-pyrétro-sulfamidothérapie). Les résultats dans l'ensemble se sont améliorés, résultats spectaculaires dans les formes aiguës, plus modestes, mais excellents dans les formes chroniques, car si les guérisons totales sont rares, les améliorations très importantes permettant une vie normale sont incomparablement plus nombreuses qu'autrefois.

VIIIe RAPPORT

Le traitement des annexites par les agents physiques

Par J.-E. Marcel

Après avoir passé en revue les différents agents physiques actuellement employés l'auteur conclut qu'en pratique :

A. — *Dans les salpingo-ovarites aiguës*, mises à part certaines circonstances ou conditions particulières d'hospitalisation ou d'observation, la physiothérapie demeure en principe, contre-indiquée. Méritent cependant d'être expérimentés, l'association *mycothérapie* à hautes doses — *diathermie* et, dans les poussées aiguës des annexites chroniques ou compliquées, la roentgenthérapie anti-inflammatoire.

B. — *Dans les S. O. subaiguës*, la physiothérapie succède plus ou moins tôt aux anti-infectieux modernes. Dans les primo-infections les R. infra-rouges ou la cure dite de Luxeuil, précèdent la d'Arsonvalisation à O. C. ou la diathermie endovaginale. Dans les poussées subaiguës des annexites chroniques avec substratum annexiel et péri-annexiel important la roentgenthérapie facilite l'intervention quand elle ne l'évite pas complètement.

C. — *Dans les S. O. chroniques* la diathermie n'est en principe indiquée que dans les formes parenchymateuses sans rétention. Mais il y a des variantes thérapeutiques suivant la forme, la nature et l'ancienneté de l'annexite.

D. — *Dans les séquelles* la diathermie est le seul traitement qui, dans quelques rares cas, ait pu améliorer la perméabilité tubaire.

E. — La diathermie *pré-opératoire* facilite l'intervention et permet de la limiter ; avant une diathermo-coagulation, elle peut prévenir une réveil annexiel ; *post-opératoire* elle constitue parfois un traitement prophylactique utile dans les annexites compliquées.

IXe RAPPORT

Le traitement hydrominéral des annexites

Par MM. Yves Canel (Luxeuil-les-Bains)
et Pierre Neumand (Salins-les-Bains)

L'emploi des eaux minérales compte parmi les traitements les plus actifs sur les annexites chroniques. On explique leur action par l'influence évidente qu'elles exercent sur le système neurovégétatif ; un des caractères primordiaux du traitement hydrominéral, est d'agir autant sur l'état général que sur l'état local.

On emploie trois types de sources :

1° Les eaux peu minéralisées, chaudes, radioactives (Luxeuil, Néris, Plombières, etc.), qui sont surtout sédatives, calmantes, décongestionnantes ;

2° Les eaux sulfureuses (Saint-Sauveur, Uriage, etc.), qui sont excitomotrices, fortement anticatarrhales et stimulantes des réactions de défense ;

3° Les eaux salées (Salies-de-Béarn, Salins-les-Bains, etc.), qui sont surtout résolutives.

Il est un principe absolu : *Ne jamais faire subir une cure à une femme présentant une annexite qui n'est pas passée à la chronicité depuis au moins 6 semaines.*

Les formes récentes, douloureuses, évoluant par poussées paroxystiques seront soumises à l'action des eaux chaudes radioactives.

Les formes catarrhales seront adressées aux sources sulfureuses.

Les formes anciennes, scléreuses, dures, bien éteintes, seront réservées aux eaux salées.

Une exception : les annexites d'origine colibacillaires, avec syndrome entéro-uro-génital tireront bénéfice des eaux chlorurées magnésiennes (Châtelguyon).

Les résultats : des statistiques portant sur des centaines, et même des milliers de cas, donnent en moyenne 85 % de succès (avec 15 % de grossesse, pour des lésions tubaires cliniquement importantes).

Enfin des interventions chirurgicales répétées à deux reprises sur la même malade, avant et après la cure, ont montré que les eaux minérales pouvaient permettre d'obtenir la résorption complète d'importants exsudats très organisés et entourés d'adhérences.

Xe RAPPORT

Le traitement chirurgical des annexites

Par M. Lucien Masse (Bordeaux)

Le traitement conservateur des annexites est, à l'heure actuelle, devenu la règle et il n'est guère de chirurgien qui oserait se dire à tout prix partisan d'une thérapeutique uniquement radicale, aussi l'auteur décrit-il d'abord la technique et les principes des opérations conservatrices, non mutilantes, et qui permettent la grossesse, la menstruation et ne troublent en rien la fonction endocrine de l'ovaire.

Il décrit ensuite d'autres interventions partiellement mutilantes, qui ménagent toutefois soit toutes les fonctions génitales, soit partie seulement, et permettent encore la menstruation ou ne ménagent plus que la fonction endocrine seule.

Ce n'est qu'en tout dernier lieu que se placent les opérations radicales dont les indications sont envisagées.

Alors que la majorité des chirurgiens restent partisans des interventions tardives, faites bien à froid, en dehors, bien entendu, des indications d'urgence, l'avènement des sulfamides et des antibiotiques semble devoir apporter des raisons nouvelles de modifier cette conduite, en acceptant d'intervenir plus précocement, comme l'ont fait les professeurs Leveuf, Ameline et Mocquot, dont les résultats doivent retenir toute l'attention.

Il est en effet certain que si le traitement chirurgical des annexites est maintenant bien orienté vers la conservation, les efforts n'en sont pas toujours récompensés. Les possibilités de grossesse sont réduites, les réinterventions fréquentes, et, en définitive, bien des malades ont quelque raison de reprocher au chirurgien de ne pas les avoir guéries en une fois.

Ces échecs, qui paraissent dus au retard apporté à une action chirurgicale qui ne s'exerce plus que sur des organes où la sclérose et des adhérences serrées ont accompli leur œuvre, sont une des raisons majeures d'utiliser ces méthodes à tiède. Sous le couvert des antibiotiques, les lésions rencontrées ne sont pas irrémédiables et la chirurgie conservatrice prend dès lors toute sa valeur.

De nombreuses communications ont en outre été présentées qui seront publiées dans les comptes rendus du congrès (Expansion Scientifique Française).

Cette réunion scientifique a été encadrée d'un grand nombre de festivités : réception par le président du Congrès et Mme Papillon, grand dîner et soirée de music-hall offerts par la Station, vin d'honneur à l'Institut expérimental de Cardiologie de Royat, réception offerte par la municipalité de Clermont-Ferrand, visite à l'Ecole de Médecine, à l'Hôtel-Dieu et aux principales curiosités de la ville, distractions réservées aux dames, etc.

Le Congrès se termina par un circuit dans les villes d'eaux de Saint-Nectaire, La Bourboule et le Mont-Dore, où les congressistes reçurent un accueil dont ils se souviendront longtemps.

Le Congrès de 1948 aura lieu à Montpellier, à la Pentecôte, sous la présidence de M. le Professeur Aimes, professeur de clinique gynécologique à la Faculté.

Maurice Fabre.

Vœux adoptés par le XIe Congrès Français de Gynécologie

Vœu Blanchier (traitement des annexites, Sécurité sociale et Assistance publique.

Le XIe Congrès Français de Gynécologie demande :

1° La reconnaisance par la Sécurité sociale des annexites comme maladies de longue durée ;

2° L'organisation de services spéciaux d'hospitalisation et de cures de repos pour les affections gynécologiques.

Vœu Pecker (cures thermales).

Le XI[e] Congrès Français de Gynécologie à la suite des rapports et des discussions sur le traitement hydrominéral des annexites, émet le vœu que la Sécurité Sociale accorde pour les cures gynécologiques un mois de séjour aux stations thermales étant donné la nécessité d'interrompre la cure pendant la période menstruelle.

Vœu Cl. Béclère (certificat de gynécologie).

Le XI[e] Congrès Français de Gynécologie conscient de l'importance considérable de la gynécologie dans la vie sociale et l'avenir démographique du pays demande que les Facultés de Médecine organisent officiellement après le doctorat un certificat de gynécologie indispensable pour la formation et la qualification du gynécologue.

Vœu J.-E. Marcel (certificat prénuptial).

Le XI[e] Congrès Français de Gynécologie, demande que le certificat prénuptial ne soit jamais signé sans examen systématique et soigneux de l'appareil génital des futurs conjoints.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 4 juillet 1947

Volumineux anévrisme de la carotide interne développé dans le sinus caverneux. — MM. P. Lechelle, G. Guiot, H. Lestradet et G. Pecker.

Epithélioma pulmonaire développé au contact d'un projectile de guerre. — MM. René Huguenin, Jean Fauvet et Jacques Bourdin rapportent un cas d'épithélioma pulmonaire, malpighien spino-cellulaire, développé au contact même d'un éclat d'obus, resté cliniquement latent pendant 27 années, identifié par bronchoscopie, mais la grosse bronche n'étant envahie que secondairement.

Ils insistent sur la rareté des cancers, qui semblent manifestement traumatiques, et soulèvent les problèmes dogmatiques et médico-légaux posés sur de tels cas.

Ils pensent que certains abcès pulmonaires tardifs autour de corps étrangers sont, peut-être, plus souvent qu'on ne le croit, des cancers, et qu'il y aurait lieu, en conséquence, d'élargir les indications de l'exérèse précoce des corps étrangers, apparemment bien tolérés.

Sur deux cas de rhumatisme subaigu des genoux chez des addisoniens traités par l'acétate de désoxycostérone. — M. Guy Laroche présente deux addisoniens traités par D. C. S. qui présentèrent après quelques semaines des manifestations rhumatismales des genoux. Il rapproche ces troubles des rhumatismes expérimentaux obtenus chez le rat par Ceyler grâce à de hautes doses de D. C. S. Ces faits montrent que le traitement actuel de l'insuffisance surrénale est mal équilibré. La D. C. S. n'est qu'une des hormones corticosurrénales et le traitement rationnel consisterait à injecter un produit contenant la totalité des corticostéroïdes. Nous ne pouvons réaliser actuellement ce traitement. Il faut espérer que les progrès de la biochimie permettront de le réaliser dans un avenir non très éloigné.

Un nouveau cas de rupture spontanée de l'estomac. — MM. P. Hillemand, L. Léger et Renault rapportent un nouveau cas de rupture spontanée de l'estomac. Les auteurs insistent sur l'évolution en deux temps des accidents, d'abord distension aiguë de l'estomac atteignant le grêle et le côlon, puis rupture de l'estomac au point d'élection sur la face antérieure dans la région juxta-cardiaque. Le diagnostic exact fut posé sur la foi des clichés, et malgré les thérapeutiques employées : infiltrations splanchniques, aspiration continue de l'estomac, position de Schintzler, la rupture survient. Il est curieux de constater que ce malade était porteur d'un ulcère de la petite courbure, et que la déchirure se fit à distance de l'ulcère.

Les auteurs discutent la pathogénie de cet accident. Ils discutent enfin de la conduite à tenir, en présence d'une dilatation aiguë de l'estomac, et se demandent si, dans leur cas, la gastrostomie n'aurait pas évité la rupture.

Sur un cas de coma diabétique avec insulino-résistance réduite par administration intraveineuse de 19.100 unités d'insuline. — MM. R. Boulin, Uhry, Piette et Chauderlot rapportent l'observation d'un cas de coma diabétique biologiquement typique (réserve alcaline 19 volumes) chez lequel la guérison et le retour à la normale de la réserve alcaline ne purent être obtenus que par l'administration, en l'espace de 18 h. 40, de 19.100 unités d'insuline. Il s'agit en somme d'une véritable perfusion d'insuline au rythme de 1.000 unités par heure. Aucun accident ne survint et la glycosurie persista jusqu'au bout. Le seul incident notable fut la survenue passagère d'extrasystoles.

Ultérieurement, trois épreuves d'hypoglycémie insulinique montrèrent que la sensibilité du malade était redevenue normale, les abaissements de la glycémie observés s'inscrivant entre 45 % et 48 %.

Les auteurs rappellent quelques cas de coma diabétique traités par des doses élevées d'insuline : 3.240 unités (Grafe) ; 3.420 unités (Boulin, Uhry et Guéniot) ; 3.620 unités (Gorman, Harwood et White). Ils signalent également le cas des malades qui, bien que n'étant pas en état de coma diabétique, devaient recevoir quotidiennement des doses énormes d'insuline : 840 unités (MM. Labbé et Boulin) ; 2.900 unités (Joslin). Ils indiquent les deux théories que l'on peut envisager : absence d'action de l'insuline sur le couple cétolytique hépato-musculaire ; présence dans l'organisme de substances endocriniennes ou autres, neutralisant l'action de l'insuline. Ils soulignent l'intérêt pratique qui découle de leur observation : pouvoir vaincre cette insulino-résistance par l'emploi de doses encore inusitées d'insuline.

Anémie hémolytique aiguë avec hémoglobinurie et érythroblastose. Abcès sous-phrénique à « bacillus ramosus ». — MM. Robert Clément, J. Gerbeaux et C. Koupernik.

Sur trois méningites à coccobacilles de Pfeiffer guéries. — MM. A. Germain, M. J. Pennaneach, J. Marty et J. Guennec présentent 3 observations de méningites à B. de Pfeiffer facilement guéries par traitement sulfamidé, seul ou associé à la pénicilline. Ils discutent de l'efficacité de la pénicilline qui leur paraît douteuse et concluent que la sulfamidothérapie doit rester le traitement de base des méningites pfeiffériennes, en lui associant plutôt le sérum antipfeiffer ou mieux la streptomycine. Ils soulignent en outre l'intérêt de l'ensemencement du L. C. R. sur milieux au sang cuit pour préciser l'identification du B. de Pfeiffer.

Un cas de dystrophie ostéo-chondrale multifocale. — MM. Robert Worms et J. Gougeon présentent un adulte atteint de malformations multiples du squelette déjà décrites, mais plus particulièrement chez l'enfant, à l'étranger sous différents vocables, en France sous le nom de dystrophie ostéochondrale polyépiphysaire (R. Clément) ou de polyostéo-chondrite (Turpin et Coste).

La petite taille, la grosse tête, la brièveté du tronc qui bombe très fortement en avant, la longueur relative des membres, le dandinement de la démarche donnent à ce malade un aspect très particulier. Il existe à l'épaule une limitation prononcée des mouvements d'élévation, au coude de la supination, à la hanche des mouvements d'adduction, d'abduction et de rotation ; le jeu des autres articulations est normal sans hyperlaxité ligamentaire. La radiographie révèle un aplatissement, tantôt régulier et symétrique, tantôt irrégulier avec déformation cunéiforme de la plupart des vertèbres, une atrophie de la cavité glénoïde avec élargissement de la tête humérale, de graves altérations des articulations coxo-fémorales rappelant l'aspect de la coxa plana remaniée par une arthrose.

On ne relève aucun signe clinique de lésion viscérale, mais il faut retenir une frigidité à peu près complète contrastant avec le développement normal des organes génitaux et des caractères sexuels secondaires, ainsi que des troubles psychiques : le malade est un schizoïde avec instabilité, tentatives de suicide et diverses manifestations pithiatiques.

Ce cas, dépourvu de caractère familial, appartient au cadre des chondro-dystrophies, dans un groupe où la maladie de Morquio semble représenter le type extrême, et d'ailleurs plus complexe, des lésions ostéo-chondrales. Il est plus difficile de décider si l'ostéochondrite isolée, du type juvénile, en figure une forme fruste.

Le traitement chirurgical de la Maladie de Hodgkin. — M. Jean Bernard.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 8 juillet 1947

Origine héréditaire de la glossite exfoliatrice marginée et de la langue plicaturée. — M. Turpin pense que ces deux malformations se succèdent chez un même malade, la glossite exfoliatrice étant la première en date et que cette malformation est héréditaire et due à l'influence d'un gêne dominant.

Embryome du nourrisson. — MM. Janet et Levent rapportent l'observation d'un nourrisson décédé à 22 jours d'une affection intercurrente, et à l'autopsie duquel ils ont trouvé un kyste mésentérique contenant une masse solide ayant la forme d'un embryome humain. La radiographie a montré la présence d'os dans la tumeur et l'examen anatomique y a confirmé la présence d'organes.

Chirurgie de la surdité. — M. M. Ombredanne présente deux enfants atteints de microtie unilatérale avec imperforation du conduit et surdité chez lesquels il a créé de toutes pièces un conduit perméable aux sons et pratiqué une « fenestration » du labyrinthe avec greffe cutanée libre selon sa technique personnelle. Le résultat fonctionnel est remarquable, car ces deux enfants, pratiquement sourds du côté de l'oreille malformée, entendent maintenant la voix de conversation et de nombreux diapasons. Les audiogrammes pré et post-opératoires traduisent un gain auditif considérable, de l'ordre de 40 à 60 décibels.

Cardiopathie congénitale avec titrage. — M. Blechmann présente un nourrisson de 5 mois atteint de cardiopathie congénitale sans cyanose qui présente par ailleurs un titrage sus et sous-ternal considérable. La radiographie montre l'existence, outre un gros cœur, d'une tumeur du médiastin antérieur et supérieur débordant à droite de la ligne médiane.

Un cas de récidive de méningite cérébro-spinale quatre ans après la première atteinte. — M. Béraud (de La Rochelle) en rapportant ce cas signale la rareté de pareils faits et discute le mécanisme de ces rechutes.

Le traitement de la mélitococcie de l'enfant par le vaccin spécifique administré par voie veineuse. — MM. Janbon et Chaptal (de Montpellier) pensent que ce traitement est actuellement le meilleur. Ils recherchent d'abord l'allergie par une intradermo-réaction à la mélitine, puis injectent tous les deux ou trois jours des doses progressivement croissantes de vaccin allant de 600 millions à 5 milliards de germes, jusqu'à obtention de phénomènes de choc. Ils n'ont eu aucun accident à condition de ne pas utiliser la méthode dans les formes aiguës malignes ni dans les formes compliquées de viscéropathies antérieures. Une série de 21 cas chez des enfants de 14 à 15 ans leur a donné 100 % de guérisons.

Cirrhose ictérique congénitale du nourrisson. Etude histologique des lésions hépathiques sur prélèvement par ponction-biopsie. — MM. Chaptal, Jani et Bertrand (de Montpellier) ont observé chez un nourrisson de 18 mois sans aucun antécédent pathologique une cirrhose ictérigène typique fébrile et accompagnée d'une légère anémie. Une ponction-biopsie leur a montré la coexistence de lésions inflammatoires des espaces portes et de sclérose périportale.

A propos d'une observation de leucose avec tumeur osseuse, pancréatique et ganglionnaire. — MM. R. Debré, Lévy et Mlle Grumbach ont trouvé à l'autopsie d'un enfant de 4 ans décédé de leucose des tumeurs osseuses multiples déjà décelées du vivant par la radiographie. Il y avait en outre des tumeurs ganglionnaires et une volumineuse tumeur pancréatique. Le foie et la rate étaient par contre normaux.

Luxation cervicale traumatique chez un jeune enfant. — M. Roederer a vu chez un jeune enfant une luxation traumatique de la colonne cervicale qu'il a pu réduire sous anesthésie générale. Il a ensuite immobilisé l'enfant pendant 40 jours dans une minerve. La récupération des mouvements est actuellement complète et des radiographies permettent formellement d'exclure tout mal de Pott.

Pénicilline et élevage des prématurés et débiles en milieu nosocomial. — M. Maynadier (de Limoges) a obtenu en quelques semaines une amélioration considérable du taux de la mortalité en injectant quotidiennement 45.000 à 60.000 unités de pénicilline aux débiles et prématurés hospitalisés en milieu infecté.

Maladie hémorragique du nouveau-né entraînant une inondation péritonéale à forme de pseudo-ictère grave. — MM. Le Marc'hadour et Christiaens (de Lille) ont observé chez un nourrisson de 4 jours un ictère foncé ayant abouti rapidement à la mort : ils ont trouvé à l'autopsie une hémorragie péritonéale dont il fallait chercher l'origine dans une lésion de la capsule surrénale droite.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 11 janvier 1947

Sur l'effet dépresseur respiratoire de l'inhalation brusque d'oxygène pur. — MM. Léon Binet et M. V. Strumza étudient l'effet dépresseur fugace sur la respiration chez le chien chloralosé de l'inhalation d'oxygène pur. Cette dépression se retrouve toutes les fois que l'inhalation d'un mélange gazeux à tension partielle d'oxygène donnée suit l'inhalation d'un mélange gazeux à tension partielle d'oxygène plus basse. Elle n'est pas liée aux variations de la pression artérielle et doit être rattachée à une sensibilité chimique différentielle de la zone réflexogène sinocarotidienne.

Le mode d'action des purgatifs anthraquinoniques. — M. G. Valette, étudiant l'action de l'émodine (triox-1-6-8méthyl-3-anthraquinone) sur l'intestin isolé de rat et de cobaye, a vu la partie distale du côlon réagir seule au contact de cette substance par une élévation très nette du tonus sans modification du rythme ni de l'amplitude, et cela à partir d'une concentration de 10^{-7}. Cet effet hypertonique est inhibé par l'action préalable d'une dose de sulfate d'atropine non paralysante pour la musculature lisse. L'émodine se comporte donc sur le colon isolé comme un parasympathomimétique. D'autre part, a été mise en évidence

la propriété qu'ont l'émodine et les autres oxy-anthraquinones de se combiner à la fraction albuminique des protéines du plasma.

Virus vaccinal et pénicilline. — M. R. Fasquelle a constaté que la pénicilline *in vitro* n'a pas d'action sur les diverses souches de virus vaccinal, mais agit par contre sur les germes adventices de la pulpe vaccinale (staphylocoques).

Sur les modifications histologiques de la thyroïde après administration de vitamine P. — MM. M. Gabe, J.-L. Parrot et H. Cotereau signalent une mise au repos histologique de la thyroïde, plus sensible chez le cobaye que chez le rat, sans doute explicable par le rôle de « facteur d'économie » exercé par la vitamine P à l'égard de l'acide l-ascorbique.

Action préventive de la méthionine et de la cystine à l'égard de la nécrose hépatique obtenue par l'adjonction de thiamine à un régime protéiprivé. — MM. Achkenasy et J. Mignot.

Le rachitisme osseux acidosique uvio-résistant. — M. R. Lecoq a pu produire chez de jeunes rats en l'absence de toute carence lumineuse un rachitisme osseux par des régimes exclusifs acidogènes (à rapport phosphocalcique normal ou déséquilibré) ; ce rachitisme osseux acidosique uvio-résistant céderait à la vitamine D.

Action abiotique d'un extrait de « galleria mellonella ». — M. H.-R. Olivier a pu retirer de larves de *galleria mellonella* une substance capable d'inhiber la croissance du bacille tuberculeux homogène d'Arloing et Courmont et aussi, semble-t-il, de le lyser.

Séance du 25 janvier 1947

Sur l'étude du mécanisme de l'action de l'insecticide D.D.T. — D.D.T. et cholinestérase du sérum. — MM. R. Truhaut et D. Vincent n'ont pas trouvé d'action inhibitrice du D.D.T. vis-à-vis de la cholinestérase du sérum de cheval *in vitro*, pas plus que vis-à-vis de la cholinestérase du sérum de cobaye injecté avec une forte dose de D.T.T. en solution huileuse. Ces constatations chez les animaux supérieurs ne permettent pas à priori de conclure à ce qui se passe chez les insectes ; mais elles ne viennent cependant pas à l'appui de l'hypothèse des auteurs américains Kearns et Metcalf suivant laquelle le D.D.T., dont l'action sur la blatte américaine *Periplaneta americana* est potentialisée par l'ésérine, agirait comme l'ésérine en inhibant la cholinestérase et en provoquant ainsi une accumulation d'acétylcholine responsable des symptômes d'intoxication nerveuse.

Syphilis expérimentale cliniquement inapparente de la souris guérie par administration transcranienne de pénicilline. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman.

Virulence de la moelle osseuse des souris atteintes de syphilis cliniquement occulte — M. A. Vaisman.

Le spirochæta cuniculi est-il pathogène pour la souris ? — MM. C. Levaditi et A. Vaisman concluent que *Spirochaeta cuniculi*, agent pathogène éminemment virulent de la spirochétose spontanée du lapin, injecté à des souris par voie sous-cutanée, ne se disperse pas dans les zones électives (après observation de 163 jours) comme le fait *Treponema palladium*.

Action de la vitamine P sur les troubles neuro-musculaires du scorbut. — MM. R. Lecoq, P. Chauchard et Mme H. Mazoué ont retardé chez le cobaye recevant un régime scorbutigènes l'apparition des troubles neuro-musculaires et empêché chez le rat le développement du scorbut transitoire chronaxique par l'épicatéchine. Ils y voient une confirmation de leur conception de la vitamine P, facteur d'économie de l'acide ascorbique, mais reconnaissent que ces faits ne relèvent pas d'un effet spécifique de la vitamine P, puisque les extraits cortico-surrénaux donnent des résultats analogues et une simple médication acidifiante (acide phosphorique ou calciférol) des résultats plus favorables.

Absorption des agglutines par les antigènes extraits de l'urine. — M. M. Bessis a pu avec les antigènes polyosidiques de l urine neutraliser *in vitro* et *in vivo* les anticorps correspondants et insiste sur leurs applications possibles au laboratoire et en clinique (en particulier pour l'absorption *in vivo* des agglutinines anti-Rh et anti-homme dans certains syndromes hémolytiques de l'enfant et de l'adulte).

Séance du 8 février 1947

Sur l'action de la méthionine. — M. H. Bénard, Mme M. Gajdos-Torok et M. A. Gajdos chez des rats intoxiqués par le tétrachlorure de carbone ont vérifié l'action antianémique de la méthionine, mais non du chlorhydrate de choline : ils nient donc que l'action antianémique de la méthionine ne résulte pas d'une formation secondaire de choline.

Action de l'acide folique et de l'acide ascorbique sur le syndrome chronaximétrique des déséquilibres glucidiques. — M. P. Chauchard, Mme H. Mazoué et M. L. Lecoq ont trouvé un certain pouvoir préventif et curatif de l'acide ascorbique d'une part, de l'acide folique et de la xanthoptérine de l'autre vis-à-vis des troubles nerveux chronaximétriques des déséquilibres glucidiques, troubles qui résistent à la plupart des thérapeutiques. Les vitamines ptériques ne bornent pas leurs effets à la sommation des activités vitaminiques B^1 et B^2, mais jouissent de propriétés supplémentaires que ne possèdent pas ces vitamines, notamment en ce qui concerne les déséquilibres glucidiques.

Action antibiotique de la pénicilline sur les cultures turbides du bacille de Koch S.A.P.C. — MM. P. Courmont, H. Gardère et Mlle G. Deries ont constaté une action *bactériostatique* dans des temps allant de 5 à 15 jours suivant la dose (de 10 à 1.250 unités) et *bactéricide* aux doses de 2.500 et 5.000 unités. Ces résultats s'expliquent par la résistance des bacilles de Koch, même isolés en *cultures turbides homogènes*, et surtout par la destruction progressive de la pénicilline à 37°, avant que les doses faibles aient eu le temps de tuer un germe résistant et à développement lent. Les essais de traitement de certaines formes de tuberculose par la pénicilline devraient donc s'efforcer de maintenir longtemps un taux de concentration élevée.

Election. Mlle M. Guillaumie est élue membre titulaire.

CHRONIQUE

Voulons-nous conserver une médecine militaire ?

La situation financière de notre pays commande impérativement, et sans retard, un redressement par la voie d'économies. Il n'y a pas deux façons de faire des économies, seule **la suppression d'emplois inutiles, et ils sont innombrables,** peut donner une solution. Mais c'est précisément parce que **les titulaires des emplois inutiles sont innombrables qu'ils arrivent à imposer par les moyens que l'on connait de nouvelles brèches dans le Trésor public.** Et, si on parle d'économies, le Parlement se tourne vers la solution de facilité habituelle et il cherche les économies du côté de l'armée qui, elle, **n'est pas syndiquée...**

On taille donc, on rogne et tandis qu'on accorde les augmentations les plus importantes aux grévistes et que le prix de la vie suit et dépasse immédiatement ladite augmentation, personne ne pense qu'il y a dans l'armée des « mal lotis », des « économiquement faibles » dont personne ne s'occupe.

Nous voulons parler du Corps de santé militaire où l'on voit, par exemple, un médecin-commandant de 35 ans, marié, père de famille, toucher une solde de 12.000 francs par mois à Paris ; par contre, un jeune docteur de 26 ans touche 25.000 francs par mois **dans certains services civils de la Sécurité sociale.** Les jeunes étudiants, que la pratique civile intéresse peu, se dirigent de plus en plus vers le ministère du Travail où ils vont surcharger des cadres déjà pléthoriques. Il en résulte que les effectifs du service de Santé sont très déficients et que, pour assurer **le fonctionnement des Conseils de revision** dans beaucoup de départements, il faut **requérir** des médecins **civils et jeunes,** n'ayant pas fait de service militaire pour la plupart, leur classe n'ayant été appelée qu'aux chantiers de jeunesse. Ces médecins civils touchent deux indemnités par jour de 350 francs l'une et ignorent tout de la pratique du soldat et des règlements militaires. Il faut avoir vécu au milieu de la troupe et l'avoir soignée pour connaître ses aptitudes physiques, ses performances et ses besoins, sinon on incorpore des inaptes à qui l'Etat doit ensuite verser des pensions.

Tels sont les faits rapportés par mes camarades de l'armée qui n'ont pas oublié comment nous les avons défendus dans ce journal, avec succès du reste, à diverses reprises, en accord total avec la Direction du service de Santé. Rappelons d'un mot notre action en faveur du maintien du grade de médecin auxiliaire vers 1935 et en faveur des promotions supplémentaires de médecins officiers du service de Santé en mars 1939 et de janvier à mars 1940.

Le souvenir bienfaisant et bienveillant des médecins généraux inspecteurs Rouvillois, Maisonnet et Arène se doit d'être évoqué ici, car sous leur direction inoubliée, le service de Santé s'est toujours maintenu à la hauteur de la grande tâche qu'il allait avoir à remplir.

Maurice MORDAGNE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Ordre du jour adressé à la Confédération des Syndicats médicaux

Le Conseil d'administration de la Chambre syndicale des Médecins de la Seine, réuni le 23 juillet 1947, déclare à l'unanimité de ses membres considérer comme particulièrement inacceptables le premier paragraphe de l'article 5 et l'article 22 du Code de Déontologie, qui ne sont pas des règles déontologiques, mais des obligations civiques imposées par les Pouvoirs publics;

Obligations qui ne tendent à rien moins qu'à retirer à la médecine son caractère libéral et à dénier aux médecins le droit de grève, droit syndical fondamental reconnu cependant à tous les citoyens par la Constitution.

En conséquence, la Chambre Syndicale invite la Confédération des Syndicats médicaux de France à avertir les Pouvoirs publics qu'elle ne reconnaît pas la validité de ces textes, et qu'elle n'entend point renoncer à l'arme essentielle qu'on tente de lui enlever au mépris de toute équité.

La Chambre Syndicale demande en outre à la Confédération de protester auprès du Conseil National de l'Ordre contre les autres articles qui menacent aussi le caractère libéral de la profession et notamment les articles 44, 61 et 76 dont elle souhaite que le Conseil National de l'Ordre propose d'urgence la modification ou l'abrogation.

LIVRES NOUVEAUX

Les bases physiques et biologiques de la Rœntgenthérapie, par le professeur Paul LAMARQUE (de Montpellier) avec la collaboration des Drs P. Bétoulière et Jean Reboul (de Montpellier) et de M. Edmond Debanis, ingénieur E. P. C. I. et de M. Pierre Lorimy, ingénieur E. S. E. Préface de M. le Professeur Strohl. Un vol. grand in-8 de 530 pages. Masson et Cie, éditeurs. Paris.

La grande expérience de M. le Professeur Lamarque, acquise en particulier comme directeur du centre régional anticancéreux de Montpellier, le désignait spécialement pour écrire ce livre. C'est un médecin qui écrit pour des médecins, mais il s'adresse aussi aux radiothérapeutes éclairés et il ne cède pas « à la tentation d'une vulgarisation facile ». Aussi ce beau traité est-il assuré de devenir et de rester classique.

L.

N° 36. — SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1947 20° ANNEE Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France............. au lieu de ....375 fr.	356 fr.
Un an : étudiant............ au lieu de...................200 fr.	190 »
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

Légion d'honneur. AFFAIRES ÉTRANGÈRES

OFFICIER. — M. le Dr Oberling, doyen de la Faculté de médecine de Téhéran.

CHEVALIER. — M. le Dr Camille Dreyfus, médecin du Consulat général de France à New-York ; M. Paret, directeur de l'hôpital Calmette, à Kunming (Chine).

(J. O., 28 août 1947.)

Citations à l'ordre de l'armée

MM. les Drs Harange, Bonnafé, René Fontaine, Gillet, Guillaumin, P.-H. Klotz, Carrez, Montalière. (J. O., 25-26 août 1947.)

Médaille de la Reconnaissance française (pour faits de résistance)

ARGENT. — Dr Scherb (à Montpellier).

BRONZE. — Dr Madon (de Nice), à titre posthume ; Dr Carré (à Roubaix); Dr Chanal (à Aurillac) ; prof. Coulouma (à Fribourg, Suisse), doctoresse Madeleine Rendu (à Châtenay-Malabry) ; Dr Fontaine (à Bourg-la-Reine) ; Dr Legrand (à Amiens) ; Dr Sandor (à Paris).

Médaille de la Résistance

MÉDAILLE (avec rosette). — Méd. lieut.-col. Merle d'Aubigné ; méd. com. Ch.-L. Marx ; méd. com. Michel Robin ; méd. lieut. Robert Leon ; Dr Sirieix ; méd. lieut. Albert Bosch ; Dr Frédéric Dugoujon; méd. lieut. Plantier ; méd. comm. Louis Cuzin ; méd. cap. Louis Champenois.

MÉDAILLE RÉSISTANCE. — Méd. lieut. Henri Miller ; méd. lieut. Victor Schwarz ; méd. cap. Benjamin Segal ; méd. cap. Stanislas Bachyryez ; méd. lieut. Barrère Cassagnet (titre posthume) ; méd. cap. Marcel Leboucher ; méd. général G.-G. Imbert ; méd. cap. Raymond Schneider ; méd. cap. Vicente Parra ; Dr Robert-Albert Boquet; Dr André-Marie Bouty ; méd. lieuten. H. Berger (à titre posthume) ; méd. lieut. G.-G. Schwartz ; Dr Sam Weintraub ; méd. cap. Jean Dubard ; méd. cap. P.-A. Dreyfus ; méd. cap. Jacques Boury méd. lieut. M. Quignard et J.-M.-A. Rousset ; méd. lieut. André Trinquet (à titre posthume) ; méd. com. L.-J. Nicolas ; méd. lieut. Nina Micinic ; méd. aux. Roger Béard ; Dr Mendel Walder (à titre posthume) ; Dr Marie Banu ; méd. cap. Roger Goyrand et Henri Parlange ; méd. lieut. d'Ursel ; méd. lieut. J.-J. Meyer ; méd. gén. de la marine Galiacy ; méd. cap. André Bohn ; méd. cap. P.-G. Gasne et L.-B. Latour ; méd. cap. Aimée Abeille, née Batie.

M. Justin Godart, membre de l'Académie de médecine ; méd. lieut. Paul Milliez (avec rosette) ; méd. cap. Louis Champenois; méd. comm. P.-H. Debergue et Louis Rollin ; méd. lieut. de Fourmestraux ; Dr P.-H.-M. Canale ; méd. lieut. Jacques Desnos ; méd. cap. Yves Villard ; méd. lieut. P.-C.-M. Bapst ; méd. cap. Jean Andreis ; méd. lieut. Wladimir d'Ouroussow ; méd. comm. P.-P. Santini ; méd. cap. D.-R. de la Marnierre ; méd. lieut-col. R.-H. Bloch ; méd. cap. C.-T.-J.-M. Machoire ; méd. lieut. Ch. de Coccola ; méd. vétérinaire cap. Yves Le Bitoux ; méd. cap. J. Sabatier ; méd. lieut. J. Meslin ; méd. lieut.-col. L.-G.-P. Lieurade ; méd. lieut. Tamara Wolkonsky ; lieut. pharm. P. Debru ; méd. lieut. J. Juillard ; méd. cap. A. Spack ; Dr A.-J.-A. Cogne ; méd. com. M.-X. Henric ; méd. lieut. M. Rosiner ; méd. lieut.-col. H.-M. Tereau ; méd. cap. Bremond ; méd. lieut. Yves Quintard ; méd. de 1re cl. R.-H.-C. Voisin ; méd. lieut. J.-L. Cariage ; méd. cap. J.-P. Bertrand ; méd. lieut. J.-A.-E. Claudo ; méd. lieut. R.-M. Halfon ; méd aspirant Jean Genès ; méd cap. H.-I.-F. Durieu de Madron ; méd. cap. D.-V. Guimet ; méd. lieut. A.-P. Philippe ; méd. com. R.-D.-P. Grosperrin ; méd. lieut. J.-L. Donnaire ; méd. cap. R.-V. Prat ; méd. cap. C.-L.-A.-M. Robet ; Dr Jules Lechaux ; méd. com. R.-A.-M. Gillet ; pharm. cap. C. Cézilly ; pharm. lieut. H.-J. Larroux ; méd. s.-lieut. R. Béard ; méd. com. L.-A. Féchot-Bacqué ; méd. 2e cl. Alain Lefort ; méd. com. Jean Séry (à titre posthume) ; Dr Decille (Henri-M.-F.-E.) ; méd. marine marchande André Perlis.

SANTE PUBLIQUE

L'enseignement aux aveugles et aux sourds-muets. — Le J. O. du 27 août publie un arrêté relatif à l'enseignement aux aveugles et aux sourds-muets. Cet arrêté concerne les établissements privés, leur personnel et les conditions dans lesquelles est donné l'enseignement.

AGRICULTURE

Pasteurisation. — Il est créé une commission supérieure de la Pasteurisation dont feront partie notamment : un représentant de la Santé publique, deux représentants du Conseil supérieur de l'Hygiène publique, deux médecins pédiatres désignés par le ministre de la Santé publique. (J. O., 27 août 1947.)

Prochains Congrès

Le IVe Congrès international de microbiologie, qui s'est tenu à Copenhague du 20 au 26 juillet 1947, a décidé que le Ve Congrès international de microbiologie se tiendra à Rio-de-Janeiro en 1950 et le VIe, en 1953, en Italie.

Le Congrès de Rio coïncidera avec le cinquantenaire de l'Institut Oswaldo Cruz. Le président sera le professeur H. de Beaurepaire-Aragão, inventeur du vaccin (qui porte son nom) contre la fièvre jaune. H. de Beaurepaire-Rohan-Aragão est le descendant direct de l'illustre famille française.

Premier Congrès d'Acupuncture

Le premier Congrès d'Acupuncture a eu lieu les 20 et 21 juin 1947, à Paris, sous la présidence effective de S. A. le prince Pierre de Monaco, de M. le professeur Laignel-Lavastine, membre de l'Académie de Médecine, président d'honneur de la Société Française d'Acupuncture et du Dr de La Fuye, président. Le Dr Chang représentait S. E. l'ambassadeur de Chine.

Une allocution de M. le professeur Laignel-Lavastine, sur les relations de la Spiritualité médicale d'Extrême-Orient avec la Sympathologie ouvrit le Congrès.

Ensuite le Dr de La Fuye traita des généralités sur l'acupuncture. Puis le Dr Dano exposa les résultats de ses recherches sur un point présentant une affinité particulière pour la fibre musculaire lisse. Enfin la première matinée se termina par l'exposé du Dr de La Farge, de Cannes, sur le réflexe dermo-punctural.

L'après-midi du 20 juin et la matinée du 21 juin furent consacrées à différentes communications :

Dr de La Fuye : Les relations de l'acupuncture et de l'homéopathie.

Dr Claoué : La position de la médecine chinoise dans la philosophie.

Dr Vallette : La place de l'acupuncture dans la thérapeutique.

Dr Dereck : Réflexions d'un médecin acupuncteur amateur.

Dr Dassonville : Un cas aigu traité par l'acupuncture.

Dr Terver : Acupuncture et pathologie chirurgicale.

Dr Duron : Les points qui saignent.

M. et Mme Maury : Radiesthésie et acupuncture.

Dr de La Fuye : Généralités sur l'électropuncture.

Dr de La Farge : L'électropuncture des surdités. Thérapeutique des sciatiques par l'acupuncture.

Dr Pouchet : Un cas de colique hépatique traité par l'acupuncture.

Dr Thomazi : L'acupuncture locale, thérapeutique méconnue.

L'après-midi du 21 juin, la clôture eut lieu après un exposé du Dr de La Fuye sur les combats japonais et le jiu-jitsu avec démonstration par des professeurs ceintures noires de Judo.

Le prochain Congrès aura lieu sur la Côte d'Azur en mai ou juin 1948.

Cours de Technique Hématologique et Sérologique

Par le Dr Edouard PEYRE
Chef du Laboratoire de Thérapeutique

Ce cours comprendra 16 leçons et commencera le lundi 29 septembre 1947, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants : les séances comportent deux parties :

1° Un exposé théorique et pratique ;

2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Il aura lieu à l'Institut médico-légal, place Mazas (métro : Quai de la Râpée).

PROGRAMME DES CONFÉRENCES

1. Généralités et instrumentation nécessaire. Numération des globules du sang, dosage de l'hémoglobine ; 2. Le sang sec : techniques d'examen, les globules rouges à l'état normal et pathologiques, les états anémiques simples ; 3. Le sang sec : globules blancs et formule leucocytaire ; 4. Les leucocytoses, l'éosinophilie, l'hématopoïèse ; 5. Les polyglobulies, les leucémies (symptômes et lésions) ; 6. Les anémies pernicieuses. Les syndromes pseudo-leucémiques ; 7. Les plaquettes sanguines. La coagulation du sang ; 8. Résistance globulaire, propriétés hémolytiques des sérums ; 9. Hémo-agglutinations (groupes sanguins). Les méthodes de transfusions. Les états hémorragiques, par M. Kossovitch, de l'Institut Pasteur ; 10. Réactions de fixation (B. W.). Le principe ; 11. Réactions de fixation (B. W.). Les dosages ; 12 et 13. Réactions de fixation (B. W.). Les méthodes ; 14. Les méthodes de floculation, par M. Targowla, ancien chef de clinique ; 15. Cytologie des épanchements des séreuses du liquide céphalo-rachidien (réactions biologiques), par M. Targowla ; 16. Les propriétés physiques appliquées au sang, par M. Truhaut (p.-H. cryoscopie, viscosité, etc.).

Ce cours est réservé aux auditeurs régulièrement inscrits.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de ces conférences.

Le droit à verser est de 1.500 francs. — Le nombre des auditeurs est limité. Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les Etudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation. Les bulletins de versement seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

Nécrologie

La mort tragique du professeur Boularan (de Toulouse)

Mon vieux camarade de P. C. N., le professeur Boularan, de la Faculté de Toulouse, a été victime, le 20 août dans la matinée, d'un tragique accident, tandis qu'il revenait de Luchon par la route de Bayonne à Toulouse. Un pneumatique de sa voiture ayant éclaté, celle-ci est entrée en collision avec un camion des Ponts et Chaussées de 15 tonnes, qui l'a traînée sur une longueur de plusieurs mètres. Ce fut l'écrasement total du maître, de Mme Boularan et de la dame de compagnie, Mlle Dzoïouska.

Boularan opérait chaque semaine dans le Comminge. Il était depuis plus de vingt ans un habitué de cette route si fréquentée. On sait qu'il représentait avec éclat, au Conseil général de la Haute-Garonne le canton de Luchon. Là, comme à la Faculté de médecine de Toulouse, il jouissait de l'estime générale. La disparition tragique du maître et de Mme Boularan a plongé dans la consternation les étudiants, ses élèves, et tous ses collègues de la Faculté, ainsi que les nombreux amis qu'il comptait dans la région toulousaine. Bien tristement, nous nous inclinons devant sa mémoire.

Maurice MORDAGNE.

On annonce la mort de :

— M. le Dr Félicien Guédon, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre 14-18, décédé le 16 août 1947, à Bonzeien-Woëvre (Meuse), à l'âge de 79 ans.

— M. le Dr Henri Brizon, décédé à Paris le 17 août. Le service religieux et l'inhumation ont eu lieu à Montmarault (Allier).

— M. le Dr Francis Prigent, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital de Saint-Brieuc, décédé le 20 août.

—M. le Dr Henri Mendel, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, le 21 août, à l'âge de 81 ans.


BACTÉRIOTHÉRAPIE
LOCALE
PAR LE PROPIDON
Bouillon stock-vaccin
du Professeur P. Delbet
VACCINATION EN PROFONDEUR
PROPIDON
PANSEMENT
Etui contenant 1 ampoule de
Propidon de 5cc. 1 compresse
et 1 coton stériles
VACCINATION EN SURFACE
PROPIDEX
Pommade à base de Propidon
DANS TOUS LES CAS DE:
EFFRACTION DU REVÊTEMENT CUTANÉ
INFECTION CUTANÉE A PYOGÈNES
MENACE D'EXTENSION DE L'INFECTION
CICATRISATION RETARDÉE PAR L'INFECTION
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
• 21, RUE JEAN GOUJON • PARIS 8e •


Bénerva
"Roche"
HAUTES
DOSES
100mg. ampoules
50mg. comprimés
25mg. ampoules
La Vitamine B1 à hautes doses
dans les phénomènes douloureux
Produits "Roche"
Roche
10, Rue Crillon, Paris 4e


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules
Formes
SIMPLE ou BELLADONE
TABLETTES ou POUDRE
Laboratoires J. LAROZE _ 54, rue de Paris _ Charenton (Seine)


HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de
décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau

Quelques considérations biologiques et cliniques à propos de l'emploi d'un nouveau dérivé de désoxycorticostérone

par Maurice WAHL (Marseille)

Si l'on veut avoir une idée précise sur ce que l'on peut attendre des méthodes de traitement auxothérapiques, il est tout à fait indispensable de faire appel à un certain nombre de notions biologiques, résultats d'expériences anciennement connus et complètement étudiés, mais qu'il nous faudra confronter souvent les uns aux autres.

Les effets des agents microbiens dépendent de leurs toxines diffusibles ou non, qui exercent des actions très variées tantôt locales, tantôt générales : si une septicémie continue ou intermittente en résulte, la prolifération hématogène permettra des destructions massives dans le sang, les organes cytopoïétiques et la moelle rouge. Cette désintégration s'accompagne de la production de déchets dont beaucoup sont toxiques et qui sont charriés à travers tout l'organisme dans le plasma circulant.

On a constaté que ni les toxines microbiennes ni ces déchets ne sont métabolisés convenablement à la période d'état des grandes infections : les phénomènes de lyse, de neutralisation, éventuellement de conjugaison, les processus d'agglutination ou de fixation, toutes les activités de défense en un mot sont sidérées à des degrés divers.

C'est le fléchissement de toutes ces actions biologiques, chimiques et physiques qui justifie le principe de l'auxothérapie.

En face de certains germes anaérobies les réactions organiques sont pratiquement annihilées d'emblée : à ce degré extrême, il faut faire appel à des agents antiseptiques ou antibiotiques : l'auxothérapie est inutile ou du moins elle ne conserve que le rang secondaire d'une thérapeutique adjuvante :

— atténuer la toxicité d'un antiseptique interne (ce résultat n'est réalisable qu'assez rarement et si l'antiseptique en question est aisément transformable dans le foie).

— augmenter la tolérance aux sérums (indication excellente).

— parfois la méthode biologique permet de relever l'état général au cours d'affections de longue durée, dans les périodes de repos d'une chimiothérapie active : comme par exemple au cours de la fièvre de Malte ou du Kala-Azar.

Nous allons montrer maintenant qu'au-dessus de ces utilités diverses, l'auxothérapie mérite une place autonome et importante et que son domaine est riche en possibilités ; son principe plus séduisant que celui de n'importe quelle autre méthode thérapeutique.

***

Toute méthode thérapeutique a ses limites qui impliquent des contre-indications et des incompatibilités : une agression microbienne trop brutale ne laisse pas même subsister un minimum de défenses naturelles, c'est-à-dire une possibilité de métaboliser les toxines provenant de l'agent agresseur et de les intégrer aux composants biologiques normaux. C'est la raison pour laquelle l'auxothérapie est ici contre-indiquée.

C'est tout le contraire qui se passe au cours des infections auto-immunisantes : dans la lutte contre celles-ci l'organisme doit en principe sortir vainqueur ; telles sont, par exemple, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu traité par le salicylate, les fièvres éruptives graves, les colibacilloses non suppurées.

Or l'acmé de toutes ces infections correspond à un fléchissement de toutes les activités organiques, leur guérison résultera suivant les cas d'une amélioration soit de la *défense antitoxique*, soit de la *lutte antibactérienne.* Et nous prétendons que ce sont là trois aspects ou résultats d'une série de processus chimiques homologues : l'exaltation de toutes les activités d'assimilation, condition nécessaire et suffisante de la guérison. Mais, en fait, combien de complications graves, combien d'évolutions vers une issue fatale !

La période d'état de toutes les grandes infections est marquée, en effet, par la coexistence de deux séries de phénomènes :

a) *le fléchissement de la défense naturelle ;*

b) *l'installation de troubles de la nutrition.*

Ces deux séries de dysrégulations présentent en leur sein de multiples éléments, *souvent dissociés entre eux ;* dans leur grande complexité on les croirait volontiers étrangères les unes aux autres ; on va montrer qu'il n'en est rien.

***

Le *fléchissement* de la défense anti-infectieuse n'est à nos yeux qu'un cas particulier du fléchissement des régulations de la nutrition normale qui a été étudié avec tant de soin depuis une quarantaine d'années par l'Ecole Française.

Ce sont les mêmes principes humoraux, peu nombreux, qui orientent de très haut toutes ces évolutions, mais les *stimuli* qui sont différents les rendent efficients différents pour chaque fonction particulière.

Il peut être fait un pas en avant dans la détermination des conditions d'efficience de certains de ces *stimuli* en étudiant les variations de la vitesse des réactions chimiques de la nutrition interne au cours des grandes infections, les conditions qui aident ou entravent les métabolismes normaux.

***

Toute infection générale se traduit donc par une toxinémie et par une toxémie. M. LOEPER a montré comment on pouvait étudier les variations de la toxémie et ses conséquences cliniques ; il a indiqué des procédés de dosage de certains dérivés histaminiques toxiques dans le sang et les urines ; ainsi chez les typhiques une forte imidazolurie ou une imidazolurie croissante permet de prévoir l'issue fatale : l'organisme, littéralement intoxiqué est paralysé dans toutes ses activités.

L'imprégnation toxinique est nécessaire à l'établissement de l'immunité, mais si la capacité assimilatrice de l'organisme est dépassée, on observe toutes les conséquences de l'anergie. Cette anergie s'installe constamment à la période d'état des grandes infections.

L'étude de ce fléchissement des réactions de défense, sous l'influence soit des toxines soit des résidus organiques toxiques a été faite maintes fois. On connaît par exemple :

— La chute de l'indice opsonique du sérum ;

— La diminution fréquente de la fibrinémie ;

— Une tendance, le plus souvent à peine ébauchée, à la leucopénie ;

— L'absence de toute agglutination spécifique.

Mais l'atteinte des réactions de défense est liée de très près à celle de la vie organique.

Par exemple, on peut attribuer, semble-t-il, à un manque d'activité du tissu réticulo-endothélial, une mauvaise fixation des particules solides introduites dans l'organisme, et aussi l'absence de toute élévation du taux des monocytes.

Même la formation des quantités importantes d'anti-corps à partir de traces parfois infimes d'antigènes apparaît maintenant la conséquence de réactions physico-chimiques mesurables : ces réactions se produisent à partir de l'une des globulines et en présence des sécrétions surrénale et hypophysaire (White et Daugherty).

Tous ces exemples ne sont rappelés en bref que pour appuyer la tendance actuelle à croire que toute la défense anti-infectieuse repose sur une base chimique : la transformation des toxines microbiennes servant à l'élaboration de substances insensibles à leurs effets.

***

Ce sont les mêmes glandes internes qui par des régulations neuro-humorales homologues conditionnent les processus de la nutrition générale et l'intégration des substances étrangères métabolisables. Or, cette intégration nutritive est profondément altérée au cours des grandes infections : on peut citer pour fixer les idées :

— le retard de la régulation glycidique étudié surtout au cours de la fièvre typhoïde par Achard et Loeper ;

— la diminution de la stimulation des oxydations par absorp-

tion de glucose à jeun. On les mesure par le quotient respiratoire CO^2/O^2 ;

— la difficulté et le retard de l'uréogénèse très intéressante puisqu'elle réalise une insuffisance fonctionnelle du foie qui disparaît à la convalescence ;

— la rétention de l'eau dans les tissus, qui est habituelle au cours des infections sérieuses alors que la déshydratation est une complication qui est surtout le fait des diarrhées collicatives. D'ailleurs une période d'hydrémie transitoire précède la convalescence (Loeper).

Nous ne rappelons toutes ces anomalies que pour insister sur leur coexistence avec les altérations des réactions de défense, montrer à nouveau l'intérêt de leur étude comparée.

En tout état de cause, on observe donc à la fois :

1° des réponses insuffisantes aux *stimuli* qui devraient se faire jour au moment de la pénétration dans l'économie des toxines des différents antigènes ;

2° une insuffisance d'un grand nombre de régulations nutritives normales.

***

Nous savons peu de choses sur les *stimuli* des diverses régulations biologiques mais nous connaissons mieux les incitations hormonales qui se transmettent par la voie sanguine, nous commençons aussi à entrevoir l'importance de divers dérivés d'élaboration des vitamines transmissibles par la même voie. Les études chimiques qui ont été faites pour déceler ces substances dans le sang portent à croire qu'elles y sont transportées unies à des protides, à des polypeptides ou à des acides aminés.

Or, l'envahissement de l'économie par diverses substances étrangères est susceptible d'altérer les protides du sang au cours des grandes toxi-infections.

Et on observe en effet des altérations qualitatives et quantitatives des diverses globulines et des diverses sérines, à la période d'état. Ceci se traduit d'une façon toute grossière par l'inversion du rapport sérine-globuline : c'est un fait bien connu et connu déjà depuis de nombreuses années (Achard).

Je me borne à faire remarquer que cette dyscrasie sanguine s'observe aussi au cours d'états très différents (1) où elle peut coexister avec une imperfection de l'uréogénèse avec des altérations diverses des réponses organiques de la nutrition, par exemple avec la diminution de l'A. D. S. des protéines.

Quelquefois l'homologie est complète, par exemple au cours de la néphrose lipoïdique on observe à côté de la présence de résidus toxiques dans le sang l'imperfection de l'urogénèse, la rétention tissulaire de l'eau qui est habituelle, l'inversion du rapport sérine-globuline.

Le fait auquel nous sommes tentés d'attribuer la plus grande importance est la survenue constante d'un certain degré d'anergie à la période d'état des grandes infections ou l'exagération d'une anergie déjà importante dès le début de la maladie ; on constate, en fait, que chaque fois que la toxémie dépasse un certain seuil, le déficit des défenses organiques s'exagère : ceci n'est pas seulement conforme aux observations des anciens cliniciens sur les formes toxiques des maladies infectieuses, c'est un fait qui a pu être mesuré au point de vue chimique par l'étude des composés toxiques dans le sang et les urines, au point de vue biologique par celles des nombreux tests d'immunisation que nous avons énumérés.

Je prétends qu'une thérapeutique qui accélère la transformation des toxines et des corps toxiques nés de l'infection, amènera une sédation momentanée de l'état infectieux.

Mais il ne s'agit pas ici d'instituer un traitement antitoxique quelconque. Il est nécessaire de tenir compte de la diminution du potentiel de réaction de l'organisme.

Prenons l'exemple des sécrétions de la glande cortico-surrénale dont on connaît le rôle dans la résistance aux toxines et à certains composés subtoxiques chez l'être sain. Cette efficience est grandement diminuée chez les malades. Le problème consistera donc : réamorcer une régulation antitoxique en demi-sommeil.

(1) L'influence constante des principes régulateurs biologiques est indispensable au maintien du rapport des sérines aux globulines: *in vitro*, celui-ci s'altère assez rapidement (M. Loeper) ; de plus l'influence hormonale de l'hypophyse apparaît certaine dans la nutrition propre des protides du sang.

Si des résultats importants bien que transitoires sont obtenus par la méthode de transfusions sanguines, c'est probablement que cette méthode était jusqu'à présent l'une des plus efficaces pour modifier brutalement le milieu intérieur.

On s'est efforcé de montrer ailleurs comment la surabondance des résidus tissulaires et des toxines microbiennes va de pair au cours de la fièvre typhoïde avec la sidération des réactions immunisantes (1).

Les biologistes ont décrit le rôle probable de la fixation de petites quantités de toxines microbiennes sur certaines globulines et son importance dans l'établissement de l'immunité : il *n'est pas invraisemblable de généraliser cette constatation de supposer que beaucoup de métabolites à molécule légère, subtoxiques, sont aptes à venir se fixer sur les globulines de plasma dont on connaît les affinités nombreuses.*

Les imidazols toxiques surabondants dans le sang des éberthiens apparaissent effectivement comme le type de ces substances à molécules légères douées d'affinités quasi explosives et susceptibles de se fixer d'une façon stable sur les éléments du plasma.

Ainsi les corps protidiques nourriciers de l'économie et vecteurs des *stimuli* de la nutrition apparaissent donc comme susceptibles d'être transformés légèrement à la période d'état des infections. Cette altération peut être à l'origine des dysrégulations humorales que l'on constate alors :

1° les protides altérés deviendraient moins aptes que ceux normaux à capter, à transformer et à céder de différents *stimuli* et les pauci-éléments nécessaires aux régulations normales ;

2° ils s'avéreraient par un mécanisme tout à fait analogue partiellement insensibles aux régulations humorales normales ;

3° ils deviendraient difficilement transformables en urée lorsqu'ils sont arrivés au terme de leur évolution, et leur métabolisme serait une cause d'intoxication pour les glandes chargées de les décomposer.

La dysprotidémie plasmatique nous paraît l'axe des cercles vicieux de la nutrition pathologique.

Cette dyscrasie sanguine peut vraisemblablement être réalisée par ce mode d'intoxication tout à fait spécial de la matière vivante que nous avons tenté de définir.

Celle-ci apparaîtra relativement irréductible, légère, compatible, avec une très longue survie. On notera surtout sa tendance à diffuser de proche en proche et à se généraliser automatiquement.

Ces caractères la différencient profondément des nécroses causées par les divers agents corrosifs, des dégénérescences spécifiques engendrées par divers produits et aussi des coagulations micellaires déterminées par les agents à molécules lourdes.

Certes l'existence même de cette *intoxication dyscrasique* garde quelque chose d'hypothétique dans la mesure où les chimistes n'ont pas déterminé la nature précise des corps néoformés. Pourtant il existe d'autres arguments presque aussi directs pour nous convaincre de sa réalité.

C'est d'abord la promiscuité à la convalescence, du développement de l'immunité et de la réapparition des constantes biologiques normales.

A la suite de ces « crises dissociées » (2) qu'on observe alors on voit le rapport sérine-globuline se rapprocher de la normale pour l'atteindre rapidement. L'hyperglobulinémie par exemple s'abaissera comme nous l'avons vu dans un cas de 43 à 30 grs. en quelques jours.

On a remarqué que la « crise azoturique » est souvent en même temps une crise toxique. Or, « crise azoturique » ne signifie pas comme on pourrait le croire élimination massive d'urée préformée : cette hyperazoturie se produit le plus souvent malgré une azotémie normale, car elle est due sans doute à une crise de dénutrition, mais de dénutrition salutaire et qui correspond à la désintégration de certains protides (3) si ces urines très chargées en urée sont plus toxiques que ne comporte le taux

(1) Wahl. Activité du cortex surrénal et fièvre typhoïde, *Progrès Médical*, 5 et 12 août 1939, n°s 30 et 31, p. 1111.

Wahl. A propos des processus d'immunisation au cours de la F. T. et des facteurs qui s'opposent à leur installation (*Gaz. des Hôp.*, n° 71, 6 sept. 1939.)

(2) Achard. Les crises dans les maladies cycliques (Masson, 1932).

(3) Peut être les protides du plasma qui ont été élaborées pendant l'état de maladie et qui s'écartent du prototype spécifique.

de cette urée, c'est que les désintégrations uréogènes ont amené la libération de corps toxiques intimement liés à eux durant leur vie.

La jonction de la crise toxique et de la crise azoturique fait supposer que les substances toxiques étaient intimement liées aux produits azotés dont on constate la désintégration.

***

Un argument à nos yeux du moins plus important encore réside dans les très bons résultats que nous avons obtenus au cours des affections auto-immunisantes (1) et notamment de la fièvre typhoïde par une thérapeutique qui s'était avérée apte à accélérer le métabolisme des déchets toxiques, la résistance aux toxines et à améliorer certains processus de la nutrition normale.

Citons les faits : si la sécrétion normale de la glande corticosurrénale permet d'élever préventivement la résistance à des toxines (éberthiennes ou diphtérique) ou à des corps toxiques comme l'histamine (Perla), elle perd en grande partie ses propriétés chez l'homme malade ou intoxiqué à l'avance : et ceci est vrai qu'on s'adresse à la désoxycorticostérone, à la corticostérone ou à l'adrénostérone, ou encore aux incristallisables résiduels décrits par Mason : il faut en fait pour arriver au résultat employer des doses extrêmement élevées et pour ainsi dire non physiologiques.

Même de très fortes doses n'ont pas d'effets anti-infectieux véritables (de Gennes et Mahoudeau).

***

Ce ne fut pas sans une grande surprise qu'à partir de 1936, je commençai à observer des effets thérapeutiques nets et souvent concluants en utilisant un simple extrait opothérapique hydroalcoolique mixte de cortex surrénal et de moelle osseuse.

Pour augmenter l'intensité et la régularité de ces effets, je m'efforçais aussitôt de réaliser la préparation homologue à partir de dérivés de la désoxycorticostérone. Mais j'avais beau traiter de différentes manières des solutions huileuses ou glycérinées de cortine en présence d'extraits alcooliques ou glycérinés ou même huileux de moelle osseuse de fabrications les plus diverses, les résultats thérapeutiques restaient invariablement nuls. Ce n'est que récemment que j'ai pu obtenir la fixation effective de produits d'origine réticulo-endothéliale sur la désoxycorticostérone, ceci par l'action de présence d'une substance soluble dans l'alcool et la glycérine.

L'injection intra-musculaire répétée chaque jour d'un quart de milligramme de désoxycorticostérone ainsi préparée permet d'obtenir à la période d'état des grandes infections et en particulier de la fièvre typhoïde des chutes de température progressives mais souvent très marquées, parfois suivies de remontées thermiques brusques mais toujours inférieures au niveau précédent et toujours éphémères.

Cette thérapeutique ne cause aucune réaction thermique et elle engendre régulièrement un infléchissement plus ou moins important et plus ou moins stable de la courbe thermique ; il suffit de l'administrer régulièrement pour raccourcir l'évolution de la durée de la fièvre typhoïde. Le traitement doit être maintenu aussi longtemps que la température ne se sera pas stabilisée plusieurs jours au-dessous de 37°.

Il est inutile de décrire à nouveau les effets contre les symptômes toxiques de la fièvre typhoïde (2). Ils sont plus intenses et plus constants que ceux que j'avais obtenus en employant de fortes doses d'extrait mixte de cortex et de moelle, ce qui m'amène à supposer qu'il peut exister quelque homologie d'efficience entre ces deux substances si différentes que puissent être un produit opothérapique et un hormen titrable. Les symptômes les plus évidemment modifiés *(ceci à condition de s'abstenir de toute thérapeutique toxique)* sont :

le tuphos,
l'oligurie,
la tachyarythmie hypotensive

et ces bandes rouges dépapillées qu'on observe sur la langue de certains typhiques mal traités. Si l'importance de la disparition de ces symptômes n'est pas grande au point de vue pratique, c'est du moins le test d'un effet réel sur le système neuro-végétatif.

D'ailleurs ces modes d'efficience sont constants : prenons l'exemple d'un typhique oligurique amené au septième jour et n'urinant que 300 cc. par 24 heures. Sa diurèse s'élève progressivement en cinq jours jusqu'à 1 litre 1/2. La thérapeutique est suspendue 24 heures par accident, l'élimination urinaire retombe le lendemain à 700 cc. et malgré la reprise des injections de cortine préparée, quatre à cinq jours furent nécessaires pour atteindre le niveau antérieur.

La lenteur de cette élévation suffirait à montrer qu'il ne s'agit pas d'un effet diurétique direct, d'autres recherches ont permis de se rendre compte que la diurèse était subordonnée à l'abaissement à un taux très bas de l'imidazolémie.

A la période de la convalescence le taux des leucocytes s'élèvera, après quelques jours, à 13.000 (malade traité dans les hôpitaux de Marseille), une autre fois à 15.000 (guérison anticipée). On observera une tendance nette et souvent très marquée à l'augmentation du pourcentage des formes mononucléées, surtout si l'on adjoint au traitement l'acide panthoténique.

Le taux d'agglutination au genre spécifique (Eberth) s'est élevé jusqu'à 1/10.000 à la convalescence d'une forme écourtée.

Un effet particulièrement théâtral s'observe très régulièrement contre le ballonnement abdominal de certains typhiques très graves. La cortine préparée amène en deux ou trois jours la réapparition d'une souplesse abdominale parfaite. Nous avons conclu par analogie que ce ballonnement abdominal était dû à une imprégnation toxi-toxinique des plexus végétatifs de l'intestin.

La méthode semble prévenir les hémorragies intestinales et *a fortiori* les perforations.

Nous n'avons noté son échec qu'au cours d'une encéphalite constituée chez une jeune malade qui ne succomba qu'une douzaine de jours plus tard.

***

Il apparaît certain que les doses aussi faibles qu'un quart de mmgr. de désoxycorticostérone sont complètement insuffisantes pour suppléer la sécrétion glandulaire qu'on peut évaluer à plusieurs mmgrs par 24 heures.

Il est probable que nous apportons grâce à la modification opérée *in vitro* un stimulus biologique déterminé dont la synthèse est rendue difficile *in vivo* du fait de l'imprégnation toxi-toxinique et de ses conséquences.

***

L'analyse de l'observation clinique des effets de la cortine et son application au cours d'états non infectieux amène à estimer que la cortine ainsi préparée possède deux effets chimiques directs :

1° Elle accélère le métabolisme des imidazols se comportant ainsi comme l'équivalent d'un antihistaminique ;

2° Elle augmente la tolérance aux toxines microbiennes.

Je crois pour ces raisons que la désoxycorticostérone modifiée se comporte comme un stimulant de la vitesse de certaines réactions qui s'accomplissent dans le foie. Elle agit sur les unes de façon directe sur d'autres par ricochet et au bout d'un certain laps de temps.

***

Chez l'homme sain certaines fonctions sont ainsi modifiées progressivement à la suite d'une administration assez prolongée de la substance (12 à 18 piqûres).

1° La stercobiline est régulièrement augmentée dans les selles, celles-ci prennent souvent une teinte jaune orangée par suite de la présence de bilirubine en nature. Comme il est peu probable que cette présence soit le fait d'une accélération du transit intestinal il faut, pour l'expliquer, invoquer une action cholagogue vraie ou cholérétique secondaire à un traitement suffisamment prolongé ;

2° Une seconde modification qui est évidente surtout quand on adjoint à la drogue l'acide panthoténique est l'augmentation légère de la leucocytose et l'augmentation relative des formes mononucléées.

La durée d'apparition de ces modifications démontre à notre avis et comme nous l'indiquions, qu'il s'agit d'effets indirects.

---

(1) C'est-à-dire en fait : fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, fièvre éruptive grave ; colibacillose « médicale » broncho-pneumonie à rechute des nourrissons débiles ou prématurés.

(2) Wahl. L'imprégnation imidazolée et les phénomènes cliniques concomitants au cours de la fièvre typhoïde. *Monaco Méditerranée Journal*, 15 mai 1942, n° 101, p. 1637-1639.

***

On sait sans doute encore bien peu de choses sur le mode d'action de la désoxycorticostérone ainsi préparée. Il apparaît que l'hormone antitoxique acquiert des propriétés stimulatrices que ne possédait pas la désoxycorticostérone vraie.

On doit constater que l'*efficience de diverses « régulations antitoxiques » qui dépendent comme on le sait de la glande cortico-surrénale reçoit un coup de fouet qui se renouvelle à chaque administration de la drogue.*

Parallèlement des « effets biologiques généraux » très différents apparaissent secondairement et au bout d'un laps de temps plus prolongé : ceci est bien démontré en particulier pour la rétention de l'eau à la période d'état de la fièvre typhoïde.

De là à démontrer d'une façon péremptoire que la « dyscrasie » des maladies infectieuses est la cause essentielle du retard à leur guérison il n'y a qu'un pas. Les chimistes qui mesureront plus tard les variations de la vitesse des diverses réactions biologiques nécessaires à l'immunité nous permettront de comprendre plus clairement les rapports de la défense antitoxinique et de l'assimilation générale des substances nutritives.

Contentons-nous pour l'instant de ne retenir avant tout que les services remarquables que peut nous rendre la cortine préparée qui nous a permis d'effectuer ces recherches cliniques et les quelques recherches chimiques et pathogéniques auxquelles il a été fait allusion.

PRATIQUE MÉDICALE

La pénicilline buccale

M. Morgenstern (de Paris) vient de consacrer une actualité de la *Presse Médicale* (14 juin 1947, n° 35, p. 404) aux recherches que de nombreux auteurs, surtout en Amérique, ont consacré à l'étude de l'administration de la pénicilline par voie buccale.

De multiples expériences avaient montré qu'une grande partie de la pénicilline ingérée était détruite, soit par l'action du suc gastrique, soit par l'action du foie, soit par l'action de la pénicillase sécrétée par les microorganismes intestinaux (colibacille, entérocoque). Il apparaît, en définitive, que l'acidité gastrique est la principale responsable de l'inactivation de la pénicilline ingérée.

Différents procédés d'enrobement ont été essayés, il semble que les meilleurs résultats ont été obtenus par l'administration simultanée de pénicilline et de produits tampons capables de neutraliser l'acide gastrique (carbonate de Ca, citrate trisodique, hydroxyde de Mg, bicarbonate de Na, phosphate tricalcique, carbonate de Si, trisilicate de Mg, hydroxyde d'Al et déhydroxyaminoacétate d'Al). Aux Etats-Unis on emploie des comprimés mixtes de pénicilline calcique et citrate trisodique dosés à 25.000 et 50.000 U., et pénicilline sodique et déhydroxyamino-acétate d'Al. dosés à 10.000 et 20.000 U. O. par comprimé. Ces comprimés peuvent se conserver à la température de 25° sans que la pénicilline perde son pouvoir antibiotique.

M. Morgenstern résume ainsi l'exposé très documenté dont nous venons d'indiquer les grandes lignes.

« L'adjonction de produits-tampons capables de neutraliser efficacement l'acidité gastrique durant le trajet stomacal de la pénicilline ingérée a permis l'administration de la pénicilline par la voie buccale.

« Cette thérapeutique est indiquée dans le traitement des affections pénicillo-sensibles (gonococcies, pneumococcies, staphylococcies, streptococcies, etc.) une fois la phase aiguë fébrile terminée (retour de la température à la normale et, en cas de bactériémie, négativisation de l'hémoculture), permettant ainsi une réduction sensible du nombre des injections de pénicilline nécessitées par le traitement complet de ces affections.

« Dans le traitement des gonococcies, la pénicilline buccale peut remplacer d'emblée la pénicilline injectable, sauf en cas de complications à distance, et à condition d'administrer des doses suffisamment fortes (400.000 à 600.000 U. par vingt-quatre heures).

« La pénicilline buccale est contre-indiquée dans le traitement des méningites, péritonites ou endocardites, ainsi que dans le traitement des affections pénicillino-résistantes. »

ACTUALITÉS

A propos d'un livre récent sur la responsabilité médicale

Nous n'avons pas la présomption de résoudre d'une brève formule le problème chaque jour plus menaçant peut-on dire de la responsabilité médicale — et la menace n'est pas pour les seuls médecins. Le livre qu'après une longue méditation publie M. Kornprobst (1), vice-président du tribunal civil de Grasse, n'est pas malgré l'aisance de la forme et la clarté de la pensée de ceux qu'une seule lecture épuise ou permet de résumer.

Pourtant, à seulement le parcourir, bien des impressions s'éveillent. Celle d'une sorte de désarroi d'abord, dont la complexité s'accroît à mesure qu'on cherche à l'analyser, désarroi pour le médecin et aussi pour le juriste. Au médecin le « versant juridique » n'est pas familier ; de même pour le juriste le « versant médical ». Formation intellectuelle, empreinte de la vie et de la profession, essence même des esprits sont trop différents pour que l'unisson soit préétabli. Les détours de la dialectique, de la casuistique même parfois nécessaire au juriste ne se confondent pas avec les finesses de la clinique ni de la psychologie et sont peu familiers au médecin. D'autre part le drame de la maladie et du malade, les conditions dans lesquelles le médecin doit discerner l'audace nécessaire de la témérité répréhensible, les valeurs successives des théories et même des pratiques du diagnostic et du traitement peuvent, avant qu'il ait pu en avoir conscience, faire perdre pied au magistrat le plus consciencieux et le plus clairvoyant. Les rapports d'expert ne pourront même toujours le tirer d'embarras. Il n'est pas moins difficile de voir clair dans la psychologie de certains plaideurs et de diagnostiquer sans erreur ce qui est réflexe de légitime défense d'un malade et de son entourage de ce qui est ingratitude, ou rapacité ou simplement bassesse, ingénieusement déguisés.

Le livre de M. Kornprobst prouve que malgré prudence, désir d'impartialité et d'équité éclairées, le juge n'a encore pour base que les principes les plus généraux : réparation d'un dommage réel, indépendance dans l'exercice légitime des activités médicales, aussi indispensable au malade qu'au médecin.

Il est certain que le diplôme n'est pas un blanc-seing ni un palladium et que le médecin ne saurait avoir liberté de nuire à son malade par action ou omission, timidité, témérité ou simple ignorance, non plus que par indifférence ou dévouement mal compris ; tout dommage véritable comporte réparation. Il n'est pas moins certain qu'on ne saurait sans dommages physiques, moraux, individuels et collectifs favoriser des revendications illimitées et mal fondées. Le problème médical ne se formulera jamais en aucune forme d'équation, comme on peut essayer pour certains dommages matériels ; les impondérables y sont l'élément le plus important et le critérium plus encore que physique ou juridique est moral. Dans l'exercice de la médecine le for intérieur a une importance plus grande que dans la plupart des professions. Sans un dommage immense, quelles que soient les évolutions sociales et autres on ne saurait oublier le caractère intrinsèquement sacerdotal de la médecine vraie pour en faire une sorte de commerce, si élevé qu'en soit l'objet.

Là se trouve certainement la cause première des variations successives dans la conception de la responsabilité médicale au cours du siècle dernier. Ainsi est prouvée la nécessité urgente, pour éviter toute perversion, de l'action d'un Ordre, gardien des traditions et de la moralité de la profession et d'un code déontologique explicite et de conception élevée.

Quels sont les caractères juridiques du lien entre le malade et son médecin ? Obligation de donner des soins est une formule aussi vague que générale. L'obligation de résultat, utopique, s'est effacée devant une obligation de moyens dont le nom est sans doute parlant pour des juristes mais ne fait guère état de limites, de modalités, d'exceptions d'espèce, lesquelles sont innombrables même dans le domaine apparemment bien délimité de la chirurgie esthétique.

Aussitôt que le critérium moral que nous évoquions plus haut

(1) Louis Kornprobst. — La responsabilité médicale. Origines, fondement et limites. Paris, J.-B. Baillière, 1947.

est dépouillé de sa prééminence, c'est la notion de contrat qui tend à prendre le premier plan. Mais la réalité montre bientôt qu'une telle notion est encore bien théorique. Les caractères qui créent le contrat vrai sont rarement au complet et le mot déviera clandestinement vers l'impropriété ; il deviendra tendancieux, gros de dangers pour le médecin et aussi pour le malade. Les conceptions les plus dirigistes de l'exercice de la médecine ne font que souligner le manque de définition et de dénomination. Le mot nécessaire manque faute d'avoir un concept précis pour favoriser sa naissance. N'y a-t-il pas aussi médecin et médecin et le libre choix, même avant les socialisations possibles existe-t-il donc dans certains cas de l' « exercice de la maladie » ? La notion du contrat appliquée à ces cas est d'un arbitraire bien proche de la fantaisie. Et s'il faut par force en demeurer au contrat, la nature de celui-ci a une influence très variable sur l'origine et le mode de la preuve d'un dommage.

Et quel dommage ? Le *pretium doloris* nous dit M. Kornprobst est historiquement une notion assez récente. Et c'est en un temps où l'indépendance de l'individu est si rigoureusement restreinte qu'on cherche à donner sa plus grande valeur — ou plus encore — au dommage subi par le nouvel ilote !

Comme dans la médecine dirigée, il peut y avoir dans certains recours de responsabilité une sérieuse menace pour l'indépendance et le progrès en thérapeutique. Le culte du précédent, la crainte des responsabilités qu'on force le médecin à encourir, vont-ils confiner la médecine dans un traditionalisme sans issue ? Il faut bien espérer que nos méthodes les plus neuves et les plus heureuses seront remplacées et dépassées ; va-t-on menacer la recherche, ossifier la médecine et empêcher le médecin de saisir où il les trouve les progrès dont les malades auront le plus réel bénéfice ? Le livre de M. Kornprobst montre qu'un tel risque n'est pas ignoré du magistrat.

Les médecins dignes de ce nom n'entendent nullement confondre l'expérience hasardeuse et l'audace nécessaire. C'est là encore le critérium moral qui les dirige et le juge pour sa part recule devant des dispositifs paralysants dont le malade serait la victime assurée. Mais il est souvent difficile d'apprécier le degré du savoir et combien de témérités se sont muées en « allant » lorsque les initiateurs ont assuré leur technique ou seulement suscité des imitateurs !

Il y a aussi, autour des problèmes de responsabilité, les problèmes corollaires de la discrétion du médecin en matière pronostique, de son discernement du mensonge à commettre et de la véracité à mettre en sommeil. Ce ne sont là que cas d'espèce toujours nouveaux et le critérium moral est l'élément primordial de solution.

Si important que soit matériellement et juridiquement le problème des aides du médecin avec ses limites souvent imprécises et ses graves conséquences, il nous semble d'importance moindre. Il reçoit dans l'étude de M. Kornprobst un commentaire qu'il faut lire et qui témoigne la difficulté pour le magistrat de bien connaître certains problèmes qui lui sont soumis.

Si dirigée et mécanisée qu'on redoute ou espère de voir la médecine, n'y a-t-il pas un immense danger à vouloir trop vite faire du neuf, aux dépens du prudent ou du raisonnable. Un tel danger n'échappe pas à M. Kornprobst.

En somme, qu'il s'agisse de théorie ou de pratique, qu'on se place près du malade ou près du médecin, de l'individu ou de la collectivité, du juge ou du justiciable, n'est-il pas une épigraphe qui pourrait s'appliquer à la belle étude médico-juridique de M. Kornprobst : le vieil adage « *Quid leges sine moribus* » ?

R. Levent.

THESES VETERINAIRES

26 mars. — M. Flamand. — Equilibre du trotteur.
M. Morin-Touratier. — Injections de quinine urée.
M. Makcowiar. — Réactions sériques.
M. Hilbert. — Brucellose humaine et animale.
M. Eymas. — Tuberculose génitale.
2 mai. — M. Comte. — Unification des races bovines.
M. Pied. — Race parthenaise et race hollandaise.
M. Lancelot. — Aminophylline.
M. Garat. — Cétose de la vache.
M. Corvazier. — Injections intra-artérielles et rapports avec conjonc. histiocytaire.
M. Fuerxer. — Sulfure de polychlorocyclane.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 18 mai 1947

L'épreuve d'effort dans les artérites oblitérantes. — MM. C. Lian, F. Lavenne (de Louvain) et I. Von Roten (de Zurich) ont étudié les modifications sous l'influence d'une épreuve d'effort de la pression artérielle et de l'indice oscillométrique chez vingt sujets normaux, dans 25 cas d'artérite oblitérante des membres (23 cas d'artérite du membre inférieur, 2 du membre supérieur) et dans 4 cas de rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte.

Alors qu'une épreuve d'effort amène une augmentation de la pression artérielle et de l'indice oscillométrique, dans un membre normalement irrigué, par contre dans 17 des 25 cas d'artérite examinés, le membre atteint réagit à ce même effort par un effondrement de la tension et une diminution des oscillations. Il en a été de même dans 2 des 4 cas de rétrécissement congénital de l'isthme de l'aorte.

Cette recherche de la pression sanguine, par la méthode oscillométrique et ausculatoire (les bruits étant recherchés, au membre inférieur, sur l'artère tibiale postérieure), après l'effort, revêt un triple intérêt.

Intérêt diagnostique. — Elle a, entre autres, permis aux auteurs de poser un diagnostic ferme d'artérite, dans un cas où l'examen clinique était, à part cela, normal.

Intérêt pronostique. — Les cas d'artérite, réagissant à l'effort, par une augmentation de pression et d'oscillation, se sont avérés plus bénins.

Intérêt théorique. — Les auteurs discutent longuement l'interpellation physiologique à donner à cette diminution des oscillations et de la tension, après effort. Deux théories sont séduisantes, la première faisant intervenir un spasme déclenché par effort, la seconde, déjà prônée par Hustin, donnant comme explication la simple diminution passive de l'apport sanguin, le sang étant, lors de l'effort, happé par les muscles de la partie proximale du membre. En conclusion, ils estiment que la diminution tensionnelle et oscillométrique, dans l'effort chez les artéritiques, est due, initialement, à la diminution passive de l'apport sanguin dans la partie distale du membre et qu'ensuite un spasme est susceptible d'intervenir et d'accentuer encore l'ischémie.

Considérations à propos de 48 observations de flutter auriculaire. — M. A. Mathivat. — 48 observations de malades atteints de flutter auriculaire et suivis pour certains depuis plus de trois ans, servent de base à ce travail d'ensemble fait dans le service de M. Lenègre.

Les conclusions suivantes paraissent s'en dégager :

1° Le flutter est près de trois fois plus fréquent dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. Les auteurs dénombrent en effet 35 hommes et 13 femmes ;

2° Dans plus de la moitié des cas il s'observe chez des sujets ayant atteint ou dépassé la cinquantaine ;

3° Il est trois fois plus fréquent chez les malades atteints d'une cardiopathie organique (36 fois) que chez ceux qui en sont indemnes (12 fois). Et en particulier l'angine de poitrine et le flutter coexistent dans plus d'un cinquième des cas ;

4° L'évolution aboutit chez 36 malades à l'insuffisance cardiaque. La tachycardie prolongée, permanente, semble être un des facteurs prédominants du pronostic. Les longues tolérances restent des faits d'exception. Elles s'observent surtout chez l'enfant ou dans les flutters à rythme ventriculaire lent ;

5° L'électrocardiogramme est l'élément décisif du diagnostic. Dans les tracés d'interprétation difficile, il convient de recourir aux dérivations précordiales, para-sternales droites à la dérivation œsophagienne et à la pratique des réflexes oculo-cardiaque et sino-carotidien ;

6° Le traitement fait tout l'intérêt de la question. L'élément essentiel en est constitué par la digitaline.

Mais là où les doses usuelles échouent des doses suffisantes, c'est-à-dire massives, allant jusqu'à l'intoxication digitalique, mineure, obtiennent un résultat. Celui-ci est toujours complet, clinique, cardiologique et électrique sur le flutter et l'insuffisance cardiaque qui en résulte.

Sur 36 malades traités effectivement, 33 guérisons complètes et durables ont été obtenues.

Grâce à un traitement d'entretien longtemps poursuivi, certaines guérisons se maintiennent depuis plus de trois ans.

Extrasystolie ventriculaire sans pause compensatrice par décharge rétrograde du nœud sinusal et extrasystolie auriculaire avec pause compensatrice. — M. P. Meyer apporte deux tracés électriques montrant des extrasystolies ventriculaires sans pause compensatrice. Dans un cas on voit un P rétrograde suivie d'une diastole raccourcie. Ceci ne peut être expliqué autrement que par une décharge précoce du nœud sinusal par le stimulus ventriculaire rétrograde. Dans le second cas le P rétrograde n'est pas visible sur la courbe, mais les mensurations des intervalles autorisent à donner la même interprétation du tracé.

La troisième courbe représente un cas d'extrasystolie auriculaire où la pause postextrasystolique est régulièrement compensatrice malgré que l'E-S soit relativement précoce et ne peut donc pas être expliqué par une coïncidence avec le déclenchement normal du nœud sinusal.

L'auteur discute le mécanisme du phénomène et se demande si des lésions étendues de la musculature auriculaire empêchent l'onde d'excitation d'arriver au nœud sinusal en réalisant une sorte de blocage de protection du nœud sinusal.

Classification physique des maladies de l'automatisme cardiaque. — MM. E. Donzelot, A. Meyer-Heine et J. Jammet. — Si l'on assimile l'automatisme cardiaque à trois oscillations de relaxation synchronisées, et si l'on fait varier systématiquement coefficients physiques ou connexions, les modifications théoriques de fonctionnement sont comparables aux troubles de l'automatisme cardiaque, les courbes de ces systèmes physiques se rapprochant par ailleurs singulièrement des primitives des électrocardiogrammes correspondants.

Ces notions permettent de bâtir une classification logique, purement physique, des maladies de l'automatisme qu'il est possible de réunir sur un tableau divisé en quatre rubriques :

1° Variations d'un des trois coefficients dits d'élasticité, d'inertie ou de résistance d'un des systèmes ;

2° Rupture des connexions ;

3° Suppression d'un centre automatique ;

4° Dérèglement total d'un des centres.

Opération de Blalock-Taussig pour cyanose congénitale. — M. P. Soulié, Mme Pithon et M. P. Chiche présentent le deuxième cas de Tétrade de Fallot avec cyanose opéré en Amérique par Blalock, suivant la technique Blalock-Taussig. L'anastomose de l'artère sous-clavière est faite à gauche, en raison de l'aorte en position droite. La cyanose disparaît immédiatement après l'intervention qui se déroule sans incident. La suture est relativement aisée car la branche de division de l'artère pulmonaire est d'un calibre suffisant. La téléradiographie préopératoire faisait craindre que l'artère pulmonaire et ses branches ne soient grêles. Suites opératoires remarquables, en ce qui concerne la dyspnée, la cyanose et le développement statural de l'enfant. Amélioration considérable en quelques mois. Malheureusement, les difficultés de départ n'ont pas permis d'opérer l'enfant avant le déclenchement des complications oculaires de la cyanose. L'amblyopie très marquée avant le départ en Amérique s'accentue pendant le voyage et l'enfant est opéré en état de cécité presque complète. Une décompression préopératoire décèle une hypertension intracranienne notable et la cécité s'installe à la fin de l'anastomose sous-clavière pulmonaire. L'origine de la cécité est discutée : l'hypertension intracranienne paraît insuffisante pour l'expliquer et il semble plus logique d'incriminer des thromboses veineuses ayant pour conséquence des lésions dégénératives du nerf optique. L'examen du cœur, au retour de l'enfant à Paris, montre un souffle continu à renforcement télésystolique et non protodiastolique, probablement en raison du type musculo-élastique des artères mises en shunt. Ce souffle est donc différent du souffle à renforcement protodiastolique noté dans la persistance du canal artériel.

Les lithiases biliaires anginogènes. — MM. R. Froment et Wegelin, rapprochant plusieurs observations personnelles de cas glanés dans la littérature montrent que des crises vésiculaires authentiques peuvent non seulement entraîner des douleurs thoraco-brachiales de type angineux, mais modifier les courbes électrocardiologiques ; la cholécystectomie peut alors ramener l'état cardio-vasculaire à la normale. Devant ces lithiases biliaires anginogènes il faut toujours penser à l'existence de coronarite associée, expliquant le retentissement anormal des crises vésiculaires. De même devant les états de mal angineux durables et que n'explique pas suffisamment l'état coronarien, il faut de parti-pris explorer le fonctionnement vésiculaire : ce type d'angor intriqué étant fréquent.

Artérite oblitérante du membre supérieur au cours d'une urticaire. — MM. Louis Mathieu, S. et E. Hadot. — Le lendemain de l'apparition d'une urticaire généralisée d'une exceptionnelle violence, un homme de 44 ans est atteint brutalement d'une artérite oblitérante de la moitié distale du membre supérieur gauche. Réapparition progressive en quelques semaines des pulsations artérielles et disparition des troubles fonctionnels. Les auteurs discutent l'intervention d'un choc allergique dans la pathogénie des accidents artériels de type purement oblitératif.

Infarctus du myocarde et angor consécutifs à des accidents sérothérapiques. — MM. Louis Mathieu, S. et E. Hadot. — Dans deux cas de syndrome angineux survenu au décours d'accidents sérothérapiques précoces chez les patients sensibilisés par des injections sériques antérieures répétées, les relations apparaissent incontestables entre ces deux ordres de manifestations. Expérimentalement on sait que le choc anaphylactique est susceptible d'entraîner d'une part des lésions des coronaires, d'autre part des suffusions du type apoplexie myocardique. Il apparaît vraisemblable que chez des patients porteurs de sclérose artérielle, il en résulte des manifestations infarctoïdes ou angineuses persistantes.

Le rôle du glomus dans l'artério-sclérose oblitérante. — MM. J.-R. Sicot et J. Monié. — La chaleur périphérique obtenue par anesthésie ou section des chaînes sympathiques dans l'artério-sclérose oblitérante n'est pas toujours la preuve de l'efficience du réseau capillaire. Des gangrènes sont observées après des sympathectomies qui ont cependant réchauffé le membre. Pour expliquer cette discordance entre les phénomènes thermiques et circulatoires, il faut admettre que la réplétion du glomus dermique augmente la température de surface. On bâtit ainsi une pathogénie hypothétique (mais facile à vérifier sur l'oreille du lapin où ces anastomoses sont visibles), des infarctus par exclusion des capillaires, qu'il y ait ou non des oblitérations d'amont.

1° *L'exclusion permanente des capillaires* (artériolo-sclérose) est réalisée par des lésions structurales du réseau et notamment de l'artère glomique (Popoff, Harpuder). L'état local ne sera pas modifié par la thérapeutique sympathique : les douleurs persistent, la gangrène s'installe ;

2° *L'exclusion temporaire des capillaires* (ischémie vaso-constrictive) sera influencée par la méthode sympathique et les capillaires, remis en circuit, feront disparaître la douleur et préviendront la nécrose.

Il est indispensable toutefois que le déficit sanguin tronculaire soit fixe (artérite stabilisée) et pas trop important. Si le débit, à l'entrée du réseau artériolaire est insuffisant, ou s'il s'aggrave par la suite(artérites à thrombose extensive) le lit capillaire sera court-circuité par le shunt artério-veineux maintenu béant par la section des chaînes sympathiques. L'échec thérapeutique sera certain malgré l'élévation thermique locale.

Souplesse et réplétion du réseau artériolo-capillaire sont donc en définitive les conditions anatomo-dynamiques indispensables au succès de la thérapeutique sympathique, qu'il s'agisse de claudication intermittente ou de prévention du sphacèle.

On peut tester, en clinique l'efficience de ce réseau par les blocages anesthésiques de Leriche, mais on doit exiger d'eux non seulement l'apparition de la chaleur périphérique, mais surtout la disparition des douleurs. Cela permettra la sélection des cas susceptibles de bénéficier de la thérapeutique chirurgicale. Dans ce but, nous signalons l'emploi dans le service de notre Maître Soulié de la novocaïne-retard. Elle prolonge efficacement la durée de l'anesthésie et donne aussi parfois des résultats surprenants en injection intra-artérielle. Nous pensons que son action est due au contact du véhicule à poids moléculaire élevé (subtosan) avec les anastomoses artério-veineuses

Tolérance de l'organisme aux médicaments digitaliques suivant la concentration en choline des tissus. — M. Danielopolu (Bucarest).

Aspects anatomo-cliniques de l'hypertension maligne. — MM. P.-N. Deschamps et J. Chaumerliac.

Œdème du myocarde dans un cas d'insuffisance cardiaque apparemment primitive chez un sujet atteint de thyroïdite chronique. — MM. Ed. Doumer et J. Merlen (Lille).

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 8 mars 1947

Suppression de la tachyphylaxie anaphylactique par l'administration préalable d'un antihistaminique de synthèse, contribution à l'étude du mécanisme de l'action des antihistaminiques de synthèse. — MM. Pasteur Vallery-Radot, B. N. Halpern et Mme A. Holtzer ont constaté que chez la plupart des animaux protégés par administration préalable de 2339 RP contre le choc anaphylactique, la période habituelle de tachyphylaxie n'existe pas et qu'un choc anaphylactique typique peut être provoqué 24 heures après la première injection déchaînante : si la période de tachyphylaxie est due à l'effondrement du taux d'anticorps, les antihistaminiques agissent sans doute dans le choc anaphylactique en empêchant la copulation antigène-anticorps.

Action d'un antihistaminique de synthèse, n-diméthyl-amino-éthyl-n-benzylaniline, sur le choc anaphylactique du lapin. — MM. Pasteur Vallery-Radot, G. Mauric, B.-N. Halpern et Mme A. Holtzer ont pu protéger le lapin contre le choc anaphylactique sérique avec le 2339 RP, mais à doses particulièrement élevées.

Action protectrice de plusieurs éthers-oxydes phénoliques d'amino-alcools sur l'œdème pulmonaire aigu provoqué chez le lapin. — M. Barjéty et Mlle Kohler ont pu protéger le lapin contre l'œdème pulmonaire adrénalinique uniquement avec les amines secondaires et tertiaires. Parmi les premières, la bi-(phénoxy-1 éthyl)-amine est moins active que ses homologues méthylés, surtout le dérivé ortho, puis para, puis méta, l'homologue diméthylé étant le moins actif. Parmi les amines tertiaires, le pouvoir de protection est augmenté quand on remplace par un groupement méthyle un H de la fonction amine de la molécule de bi-(p.méthylphénoxy-1-éthyl)-amine.

Action comparée chez le chien de doses élevées de vitamine D^2 administrées par voies digestive et intramusculaire. — MM. H. Gounelle, R. Sassier et J. Marche ont vu des doses inoffensives par voie intra-musculaire déterminer chez le chien par voie orale (1,15 mgr. ou 3,13 mgr. quotidiens par kilogr. respectivement pendant 24 et 9 jours) une évolution mortelle avec azotémie progressive, hypercalcémie, hyperphosphorémie, baisse de la réserve alcaline. L'ingestion de vitamine fait monter la calcémie en dehors de tout apport calcique. Le calcium se fixe électivement à la suite d'ingestions massives de vitamine D^2 sur certains viscères (poumon, rein, estomac).

Action de l'association lactoflavine-phosphate disodique sur l'absorption intestinale du glucose chez le rat, normal, surrénalectomisé et thyroïdectomisé. — M. A. Soulairac a vu cette association augmenter l'absorption intestinale du glucose chez le rat normal et ramener à des valeurs normales une absorption antérieurement très abaissée par la surrénalectomie et la thyroïdectomie.

Le rôle des acides aminés dans le conditionnement de certains besoins vitaminiques. — MM. R. Lecoq, P. Chauchard et Mme H. Mazoué ont vu l'adjonction de 1 % d'acides aminés divers entraîner des troubles neuromusculaires chez le rat qui sont corrigeables par l'apport de vitamine K et d'une vitamine seconde spécifique de l'acide aminé utilisé (adermine pour la tyrosine, choline pour la cystine, nicotamide pour le trypophane, acide folique pour l'arginine, la méthionine et l'histidine). Ils attribuent l'action antianémique de l'acide folique à son intervention vis-à-vis de l'histidine, aminoacide de la globine.

Séance du 22 mars 1947

Sur la survie du chien respirant de l'azote pur grâce à l'apport du sang artériel d'un congénère. — MM. L. Binet et M. Burstein ont ainsi déterminé la quantité minimum de sang artériel nécessaire à un chien pour vivre dans une atmosphère d'azote pur ; les échanges d'oxygène peuvent se faire dans les poumons dans les deux sens.

Tachycardie post-anoxique de réoxygénation. — MM. L. Binet et M.-V. Strumza attribuent cette accélération cardiaque avec élévation en flèche de la tension artérielle, lors du premier mouvement respiratoire mettant fin à l'apnée, à une interaction des centres nerveux respiratoires et cardio-accélérateurs ; un minimum d'oxygène est indispensable au cœur pour répondre aux incitations excito-motrices.

Microdosages de protéines, du cholestérol et de ses esters, et des phosphatides. — MM. Machebeuf et Delsal.

Elimination urinaire et rétention dans l'organisme de l'arsenic après injection de novarsénobenzol. — MM. F.-P. Merklen et J.-M. Fleury établissent qu'une imprégnation prolongée de l'organisme suit des injections initiales massives et rapprochées de novar, l'arséniurie ne rendant qu'un compte infidèle de la persistance de cette imprégnation.

Action d'un extrait du bacille typhique sur la pression artérielle du lapin. — M. P. Boquet, A. Delaunay, Y. Lehoult et J. Lebrun, en injectant à des lapins de l'endotoxine typhique, ont vu apparaître très rapidement des troubles vasculaires cutanés et une leucopénie caractéristique malgré une certaine stabilité de la pression carotidienne, qu'ils comparent à ce que certains ont observé dans le choc traumatique.

Mesure du temps de circulation par l'épreuve à la fluoresceine au cours de l'intoxication typhique expérimentale. — MM. P. Boquet, A. Delaunay, J. Lebrun et Y. Lehoult ont vu le temps de la circulation sanguine demeurer constant chez le lapin et le cobaye pendant toute la période initiale des phénomènes vaso-moteurs cutanés, et ne se ralentir qu'à la période terminale de l'intoxication par une dose mortelle d'endotoxine typhique.

Etude des réactions d'immunité chez des cobayes convalescents de maladie typho-exanthématique et surinfectés avec du B. K. — MM. P. Delbove et V. Reynes ont vu les épreuves d'immunité homologue rester identiques avec les virus épidémique et tropical, mais ont trouvé avec le virus murin un taux beaucoup plus faible chez les cobayes tuberculisés.

L'allergie tuberculeuse au cours des fièvres typho-exanthématiques chez le cobaye. — MM. V. Reynes et P. Delbove ont vu s'établir une période d'intradermo-réactions négatives, débutant ordinairement pendant la période fébrile et se prolongeant jusqu'à trois semaines après la chute thermique.

Election. — M. J. Bretey est nommé membre titulaire de la Société.

Séance du 26 avril 1947

Anoxémie et tonus des vaisseaux périphériques. — MM. L. Binet et M. Burstein étudient les réactions vasomotrices d'origine centrale et humorale au niveau de la circulation périphérique au cours de l'anoxémie aiguë avec la technique de la patte circulatoirement isolée et nerveusement intacte, irriguée avec le sang d'un congénère. L'anoxémie détermine une vasoconstriction d'origine centrale, prédominante, et une vasodilatation d'origine périphérique.

Les variations d'excitabilité nerveuse par respiration d'un air enrichi en gaz carbonique chez l'homme. — M. J. Beyne, Mme B. Chauchard et M. P. Chauchard, à l'aide de déterminations chronaximétriques, montrent une action nerveuse dépressive du CO_2 pour des concentrations qui n'entraînent encore aucune somnolence ; au-dessous de 1,5 %, il existe une première phase inverse d'excitation nerveuse.

Modification de la résistance osmotique des hématies par quelques corps élevant la résistance capillaire. — MM. J.-L. Parrot et M. Gabe.

Recherches expérimentales sur la perméabilité du rein normal aux germes microbiens. — MM. R. Carasso et B.-N. Halpern ont constaté que le passage dans les urines du colibacille injecté dans les veines de l'animal normal ne débute que 6 à 7 heures après, et ne devient important que 24 heures après l'injection. Le développement du germe dans le milieu sanguin est sensiblement parallèle. L'apparition du germe dans les urines est précédée d'albuminurie.

Etudes sur la cicatrisation. L'action de l'acide folique et de l'aneurine sur la croissance des tissus cultivés « in vitro ». — MM. E. Lasfargues et A. Delaunay n'ont eu avec l'acide folique et l'aneurine seules, même à fortes concentrations, aucun effet nocif sur la croissance des tissus cultivés *in vitro*, mais aussi aucun effet excitant. Ainsi l'acide folique et l'aneurine ne paraissent pas dangereux, même à doses élevées, pour les tissus, mais ne doivent pas exercer un rôle de premier plan dans les phénomènes de cicatrisation, du moins en ce qui concerne les fibroblastes.

Immunisation de la mère par le fœtus chez la jument mulassière. Son rôle dans l'ictère grave du muleton. — MM. J. Caroli et M. Bessis ont trouvé chez les juments ayant porté des mulets un titre d'anti-mulet très supérieur à celles qui n'en ont pas porté, mais beaucoup moins élevé que chez les juments qui ont eu des muletons atteints d'ictère.

Action de différentes souches de « bacillus subtilis » sur les glucides. — MM. P. Drutel et H.-R. Olivier.

Etude de l'activité gélatinolytique des filtrats de « bacillus subtilis ». — MM. F. Convazier et H.-R. Olivier.

Sur la lyse du pneumocoque par les savons des acides gras de l'huile de foie de morue. — MM. J. Solomidès et A. Hirsch montrent que la lyse provoquée par ces substances dans les cultures pneumococciques peut être complète avec des dilutions particulièrement élevées.

Séance du 10 mai 1947

Action du CO^2 sur le tonus des vaisseaux périphériques. — MM. L. Binet et M. Burstein ont vu, par la technique de la patte perfusée, l'hypercapnie contracter les vaisseaux et l'hypocapnie les dilater par l'intermédiaire des centres, et ceci même après section des nerfs freinateurs ; l'action directe du CO^2 sur les vaisseaux périphériques normalement innervés, paraît insignifiante.

Sur l'activité de la désoxycorticostérone par voie transcutanée chez le rat. — MM. G. Valette et R. Cavier, poursuivant leurs expériences sur la pénétration des hormones liposolubles par la voie transcutanée, montrent que la désoxycorticostérone peut être administrée dans l'eucalyptol chez le rat par voie transcutanée : elle provoque ainsi sur la capacité de travail musculaire du rat surrénalectomisé sensiblement le même effet que la même dose injectée sous la peau en solution huileuse.

Les troubles neuromusculaires de l'avitaminose F chez le rat et chez le pigeon. — M. Raoul Lecoq, M. Paul Chauchard et Mme Mazoué montrent que la carence en acides gras non saturés (acides linoléique et linolénique) provoque des troubles précoces de l'excitabilité neuromusculaire analogues à ceux des avitaminoses F et A, mais guéris spécifiquement par l'administration d'huile de lin, source de ces acides.

Utilisation de substances s'opposant à la diffusion dans les injections intracérébrales d'anesthésiques. — MM. A. Soulairac et J. Barbizet ont, par voie intracérébrale, très nettement augmenté la durée de l'effet anesthésique par adjonction à la solution de novocaïne d'une substance-retard, le polyvinylpyrrolidone, dont il ne faut d'ailleurs pas dépasser la concentration de 5 % chez le rat et le lapin.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

Séance du 5 mai 1947

A propos de la pathogénie des ectopies testiculaires aberrantes. — MM. Guidoni et Triffaut. Rapporteur : M. Salmon. — Observation d'une ectopie testiculaire périnéale rencontrée chez un enfant de 10 ans qui n'a jamais porté de bandage herniaire. L'intervention a permis de mettre en évidence un gubernaculum très nettement différencié se dirigeant vers la tubérosité ischiatique.

Les auteurs discutent la pathogénie et concluent à l'attraction du testicule par gubernaculum vicieusement inséré ; ils rapprochent de leur observation les cas qu'ils ont pu rencontrer dans la littérature.

Implantations hormonales au cours des hysterectomies. — M. Carcassonne.

Séance du 12 mai 1947

Les cancers à forme explosive. — M. R. Imbert rapporte deux observations d'épithélioma de la lèvre inférieure qui s'accompagnaient d'adénopathies cervicales suspectes. Dans les deux cas les ganglions incriminés étaient absolument indemnes d'envahissement. Or, dans les suites post-opératoires immédiates, pour le premier cas et à l'occasion d'une toute petite incision faite plusieurs mois après pour le second, d'énormes bourgeonnements néoplasiques se développèrent avec une extraordinaire rapidité. L'acte opératoire est donc susceptible de provoquer une explosion cancéreuse. L'auteur confirme l'opinion qu'il a défendue à plusieurs reprises de ne pas pratiquer l'évidement ganglionnaire systématique dans les cancers des lèvres.

A propos de l'enclouage du col du fémur. Présentation d'un clou de Smith Petersen deux ans et quatre mois après sa mise en place. — M. J. Dor.

Volumineuse tumeur du grand épiploon (Présentation de pièce). — M. Carcassonne.

Séance du 19 mai 1947

Choc secondaire par levée de garrot interne. — MM. Rémy, Chippaux, Carayon.

Hernie diaphragmatique par l'hiatus œsophagien. — MM. Henry et Guidoni. — Observation d'une hernie de l'hiatus œsophagien se manifestant uniquement par des signes d'angor. Intervention réalisée sous anesthésie locale par voie abdominale en raison de l'âge de la malade (72 ans). Libération facile de la grosse tubérosité gastrique et suture de l'orifice œsophagien.

Fracture fermée de jambe de type dit « par écrasement ». Gangrène rapide. Amputation de cuisse à la soixantième heure. — M. P. Moinoud insiste sur les lésions des parties molles profondes, muscles noirs, tuméfiés, bridés par l'aponévrose inextensible, à la manière d'un garrot interne. Les troubles circulaires ainsi créés sont encore aggravés par les lésions artério-veineuses révélées par l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

Dans ces cas de gangrène à développement rapide, il est donc rationnel de conclure à l'existence d'altération vasculaire qui vient s'ajouter aux conséquences directes du traumatisme.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Droit de reprise

Le 23 juillet, sur l'initiative du Conseil national de l'Ordre des médecins et en accord avec le secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux, il a été adressé à tous les médecins parlementaires une lettre attirant leur attention sur les graves inconvénients qu'apporterait à l'exercice de la médecine la pratique du droit de reprise par les propriétaires d'immeubles, et ceci tant à la ville qu'à la campagne.

Cette démarche a porté ses fruits.

Sur l'intervention de Me de Moro-Giafferi (qui a repris à l'Assemblée générale l'argumentation des organismes médicaux), un amendement a été adopté : il exclut d'une reprise éventuelle les locaux à usage professionnel et donc, en conséquence, les locaux médicaux.

Comité de Coordination et Comité intersyndical des médecins de la région parisienne

Le Comité de Coordination des Conseils départementaux de l'Ordre et le Comité intersyndical des médecins de la région parisienne se sont réunis le dimanche 20 juillet 1947, à leur siège social, 28, rue Serpente, à Paris, sous la présidence du Dr Courtois, remplaçant le Dr Debuirre, empêché.

L'examen de la situation économique auquel il a été procédé, a conduit les assistants à envisager l'éventualité d'un relèvement général des honoraires minima dans les départements de la région parisienne. Ce relèvement a d'ailleurs déjà été effectué dans le département de Seine-et-Oise à la date du 1er juillet 1947. Il est également prévu dans le département de la Seine pour le 1er septembre 1947.

Les relations des Syndicats médicaux de la région avec les caisses de Sécurité sociale ont fait l'objet d'un long échange de vues. Des conversations sont amorcées avec la Caisse régionale en tenant compte de l'ordre du jour voté le 28 juin 1947 par l'Assemblée générale extraordinaire de la Confédération des Syndicats médicaux. D'autre part, nos représentants dans les Conseils d'administration des caisses de la région et au sein des diverses commissions régionales, participent d'une manière active et utile aux travaux de ces organismes. Des directives leur ont été suggérées afin que les intérêts des assurés et des médecins ne soient pas méconnus.

Ayant été mis au courant des travaux de la Commission ministérielle pour la mise sur pied de l'assurance-vieillesse des non-salariés, le Comité de Coordination et le Comité intersyndical ont été unanimement d'accord pour se féliciter des résultats obtenus jusqu'ici, grâce surtout aux efforts du professeur Portes, président de l'Ordre national des médecins. Il est à prévoir que la création d'une caisse générale d'assurance-vieillesse des professions libérales sera bientôt réalisée et que, à côté de cette caisse générale, pourra fonctionner une Caisse complémentaire réservée à notre profession et permettant l'attribution aux médecins âgés d'une retraite substantielle.

Le reste de la séance a été consacré à l'examen de très nombreuses questions, parmi lesquelles notamment celles de l'organisation par les Caisses des examens obligatoires de santé, organisation actuellement défectueuse et qui mérite d'être réformée.

LIVRES NOUVEAUX

Le diabète et sa pathogénie, par L. Ambard, avec la collaboration de Mlle S. Trautmann et M. D. Kuhlmann. Un volume de 162 pages, avec 17 figures. Masson et Cie, éditeurs. Paris, 1947.

Le diabète est, on le sait, la manifestation d'un déficit d'insuline. Telle est la proposition essentielle dont le développement constitue dans la plupart des ouvrages le chapitre Pathogénie du Diabète. Mais les auteurs prennent ici le terme de pathogénie dans un sens plus extensif. Après avoir rappelé les raisons pour lesquelles le diabète peut être considéré comme la manifestation d'un déficit d'insuline, ils étudient ensuite le mécanisme de la filiation des divers symptômes de la maladie. Ils sont amenés ainsi à montrer pourquoi le diabète se manifeste d'abord par de l'hyperglycémie à laquelle s'ajoute ensuite la glycosurie, et plus tard encore l'acidose ; le coma étant le terme ultime de l'affection. Chacune de ces grandes manifestations est à son tour l'objet d'une analyse spéciale, et c'est à ce titre que les auteurs nous montrent que l'intensité d'un glycosurie dépend à la fois de la glycémie, du seuil du glucose et de la constante sécrétoire ; que la clef de l'acidose nous est donnée par la connaissance des lois générales des réactions diastasiques, etc.

Mais à vouloir avant tout expliquer les faits, on s'expose parfois à se perdre dans l'abstraction. C'est là un risque que les auteurs se sont constamment efforcés d'éviter. On s'en rendra compte en parcourant, par exemple, le chapitre de l'acidose. Il débute par un rappel de notions chimico-physiques concernant les protéines, et la première impression que fait le début de ce texte, est qu'on va présenter une acidose sans malade. Il n'en est rien. Le mécanisme général de l'acidose ayant été exposé, suit immédiatement une observation détaillée d'acidose diabétique publiée par Atschley. Tout ce que la théorie permettait d'escompter est alors vérifié point par point dans cette observation d'acidose.

L'ouvrage offre donc cette particularité que tout en restant clinique, il présente de plus un exposé explicatif du diabète. A coup sûr, il ne donnera pas une réponse à toutes les questions que le lecteur pourrait se poser, mais il en donnera certainement bon nombre qu'on chercherait vainement dans les autres ouvrages.

Endocrinologie de la gestation, par M. Robert Courrier, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur au Collège de France. Un vol. gd in-8° de 306 pages, prix 465 fr. Masson et Cie, éditeurs, Paris 1945.

Le magistral traité que nous apporte aujourd'hui M. le professeur Courrier envisage un problème qui domine l'ensemble de la physiologie génitale. Il comprend l'analyse des différents facteurs qui président à l'installation de la gravidité, qui permettent son maintien, qui régissent son terme. Il conduit à discuter le déterminisme de la parturition.

Après avoir ainsi délimité son sujet dans sa remarquable préface, l'auteur n'a pas de peine à en montrer l'importance.

La fonction reproductrice est d'essence hormonale, depuis l'ovulation jusqu'à l'allaitement. Il ne suffit pas à l'ovaire de libérer le germe par l'émission rythmique des œufs, écrit M. Courrier, cet organe secrète aussi des produits endocriniens qui agissent sur l'appareil génito-manunaire. Par leur influence sur le vagin, sur l'utérus, sur l'oviducte, les hormones ovariennes permettent l'accouplement et le cheminement des spermatozoïdes, la migration de l'œuf fécondé, sa survie et son implantation dans la matrice.

Et c'est ainsi que dans un « harmonieux concert » d'autres sécrétions internes provenant surtout de l'hypophyse viennent concourir à l'endocrinologie gravidique.

Il faut lire le livre de M. Courrier. Inspiré par quarante leçons faites au Collège de France, il est la somme de nos connaissances actuelles, il est écrit avec la clarté qui caractérise l'enseignement de l'auteur. C'est un livre à conserver et à consulter.

L.

Mille questions d'hygiène, par M. Henri Violle, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Marseille, membre du Conseil supérieur d'hygiène. Un vol. gd in-8° de 410 p. Prix 425 fr. Les Editions Médicales Flammarion, Paris 1947.

Ce n'est pas un traité que nous offre aujourd'hui M. le professeur Violle. Ce n'est pas un dictionnaire, c'est infiniment mieux. C'est le dialogue de l'examinateur et du candidat. L'examinateur pose une question (mille questions) et le professeur donne la réponse que devrait faire le candidat, et qu'il ne fait sûrement pas. Sous cette forme très originale, M. Violle apporte un ouvrage tout nouveau, magnifiquement documenté et utile qui connaîtra sûrement un grand succès.

F. L. S.

La Psychologie du Comédien, par A. Villier. Odette Lieutier, éditeur, 31, rue Bonaparte, Paris, 1947.

L'auteur fait d'abord la critique du paradoxe de Diderot, d'après lequel le manque absolu de sensibilité prépare les acteurs sublimes, en opposition avec les acteurs médiocres que fait l'extrême sensibilité. Le talent de l'acteur selon Diderot est de copier de génie le fantôme homérique imaginé.

La vérité serait plutôt dans un équilibre entre les forces rationnelles et les forces sensibles : de grands comédiens versent réellement des pleurs. En se dédoublant pour rentrer dans la peau de son personnage, l'acteur éprouve une véritable analgésie scénique, pouvant lui faire oublier une crise de sciatique ou une rage de dents. Il présente une sorte d'extase, comparable à l'extase mystique. Le comédien possède une imagination vive, de l'émotivité prompte, la faculté de se faire illusion, une grande mobilité de caractère ; c'est comme l'a montré le docteur Dide, une véritable mentalité d'enfant.

Les réactions émotionnelles du comédien se traduisent par une augmentation sensible de la fréquence du pouls et de la tension artérielle après les scènes ; on observe également des modifications de la formule leucocytaire (en général augmentation des polynucléaires et diminution des mononucléaires après les scènes) un bon acteur doit pendant le jeu rester maître de son émotion : l'émotion scénique doit obéir à sa volonté.

On peut classer les comédiens en trois groupes : les techniciens de l'expression qui revêtent un rôle comme on met un masque (Delacroix) ; ce sont ceux qui jouent à froid — à leur opposé, les acteurs de tempérament ; ce sont ceux qui vivent leur rôle. Enfin l'artiste complet qui unit en un « délire bien gouverné » l'inspiration et l'empire sur soi.

Etude en résumé très intéressante, qui pourra être utile aux comédiens comme elle intéresse également tous les médecins psychologues et en particulier les médecins de théâtre.

P. Barbier.

Contrôle bactériologique pratique des denrées alimentaires d'origine animale (viandes fraîches, produits de charcuterie, conserves, lait, œufs, coquillages). Technique, résultats, interprétation, par M. Armand Névot, chef des travaux de bactériologie à la Faculté de médecine, chef du laboratoire du contrôle des fabrications carnées au service vétérinaire de la Seine, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France ; préface du professeur Debré. Un vol. gd in-8° de 363 pages. Prix 800 fr.

Les Editions Médicales Flammarion. Paris 1947.

Les acquisitions médicales récentes. Conférences faites aux « Journées médicales 1946 » de la clinique propédeutique de Broussais.. Professeur Pasteur Vallery-Radot. Un vol. gd in-8° de 381 pages. Prix 580 fr. Les Editions Médicales Flammarion, Paris 1947.

Dans ce beau volume se trouvent réunies les conférences qui, sous l'inspiration du professeur Pasteur Vallery-Radot, furent faites l'an dernier à l'hôpital Broussais. Il suffit de rappeler les titres de ces conférences pour en montrer l'intérêt majeur :

— Les principes de l'exploration fonctionnelle en endocrinologie gynécologique. (Varangot).

— Les acquisitions récentes en thérapeutique endocrinienne (L. de Gennes).

— Acquisitions récentes sur les hyperthyroïdies. (E. May).

— Acquisitions récentes sur les avitaminoses. (L. Justin-Besançon).

— Le diagnostic précoce du cancer de l'estomac. (R.-A. Gutmann).

— Le mécanisme intime de la sécrétion rénale et la notion de « clearence ». (J. Hamburger).

— Les hypertensions par rétention d'eau. (P. Milliez).

— L'évolution actuelle dans la conception des néphrites. (R. Fauvert).

— Le traitement chirurgical des lésions unilatérales des reins dans l'hypertension et les néphrites. (J. Cibert).

— Quelques acquisitions récentes en pathologie hépatique. Nouvelles épreuves d'exploration fonctionnelle du foie. Les hépatites avec œdèmes. (A. Cachera).

— Acquisitions récentes sur les sulfamides. (J. Hamburger).

— La pénicilline. Etude théorique. (M. René Martin).

— La pénicilline. Applications pratiques. (M. A. Lemierre).

— Acquisitions récentes en thérapeutique antisyphilitique. (R. Degos).

— Progrès récents dans le traitement des brûlures. (J. Patel).

— Acquisitions récentes dans la transfusion sanguine et la réanimation. (R. Tzanck).

— Les antihistaminiques de synthèse. (B. N. Halpern et G. Mauric).

— Acquisitions récentes en électrocardiographie. (P. Soulié).

— Acquisitions récentes en thérapeutique psychiatrique. (J. Delay).

Le volume contient en outre, encartées, l'introduction générale de M. Aragon, ainsi que le texte des allocutions prononcées par MM. Georges Duhamel et Jean Marx.

Directives de gymnastique corrective à l'usage des adolescents déficients. Une brochure in-8, de 39 pages avec 54 figures. Imprimerie Nationale, Paris 1947.

Le bureau du Contrôle Médical des activités physiques et sportives extra-scolaires à la Direction générale de l'Education physique et des sports nous adresse ce nouveau livre.

Ce n'est pas un traité de gymnastique corrective, mais un très utile manuel qui sera appelé par sa simplicité et sa clarté à intéresser tous ceux qui, à des titres divers, mais en particulier les médecins, ont à s'occuper des sports.

Les instructeurs trouveront à sa lecture des directives précises, facilitées par une abondante illustration. Ils trouveront aussi une bibliographie très complète leur permettant de se reporter aux ouvrages des spécialistes.

Ce livre peut être délivré gratuitement à tous les praticiens qui en feront la demande au Bureau Médical, 34, rue de Châteaudun, à Paris.

Dépôt légal. — 1947. — 3e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 37. — SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1947 — 20e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr.
Chèques Postaux Paris : 2538-76

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER
16, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France .... *au lieu de* ....375 fr.	356 fr.
Un an : étudiant.............. *au lieu de*................200 fr.	190 »
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

Hôpital communal de Saint-Denis (Seine)

Un concours pour la nomination du chef de service d'électro-radiologie de l'hôpital de Saint-Denis aura lieu le jeudi 4 décembre 1947. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 14 novembre 1947 inclusivement, à la Direction départementale de la Santé de la Seine, 1, avenue Victoria (4e).

Hôpitaux militaires

Assistants des hôpitaux militaires. — A la suite du concours de 1947, les médecins militaires ci-après désignés sont nommés assistants des hôpitaux militaires :

1° Médecins. — Médecins capitaines Grau, Lefuma, Pédoya, Ferrand, Capdeville, Duchesne, Pierron, Moreau, Coirault et Jarniou.

2° Chirurgiens. — Médecins capitaines Masson, Damasio, Motillon, Papet et Martin.

Spécialistes des hôpitaux militaires. — A la suite du concours de 1947, sont nommés spécialistes des hôpitaux militaires :

1° Bactériologie. — Méd. commandant Conze ;

2° Dermato-vénéréologie. — Méd. commandant Piet-Berton de Lestrade ;

3° Phtisiologie. — Méd. commandants Masson et Marty ;

4° Oto-rhino-laryngologie. — Méd. capitaine Delatour ;

5° Urologie. — Méd. capitaine Rouffilange ;

6° Electro-radiologie et physiothérapie. — Méd. commandants Cornilliet, Nègre, Cazeilles et Bordes ;

7° Stomatologie. — Méd. commandant Portalier.

(J. O., 24 août 1947.)

GUERRE

Ecole d'application du service de Santé militaire à Paris. — Les chaires de bactériologie et épidémiologie militaire, de radiologie, électrologie, physiothérapie et radiumthérapie ont été déclarées vacantes à la date du 1er septembre 1947. (J. O., 5 sept. 1947.)

Agrégation. — A la suite du concours de 1947, ont été nommés professeurs agrégés du Val-de-Grâce : MM. le méd. comm. Duroux (médecine), le méd. comm. Boron (chirurgie) et le méd. cap. Mougenot (chirurgie). (J. O., 6 sept. 1947.)

Légion d'honneur. SANTÉ PUBLIQUE

CHEVALIER A TITRE POSTHUME. — Mlle Michaud (Simone), infirmière à Coudekerque-Branche ; M. le Dr Raymond Talleu, de Zeggers-Cappel, déjà cités tous deux à l'ordre de la Nation. (J. O., 31 août 1947).

Légion d'honneur. MINISTÈRE DE LA JEUNESSE

CHEVALIER. — Dr Paul Moroni.

(J. O., 3 septembre 1947.)

SANTE PUBLIQUE

Comité consultatif d'études sanitaires de la Sécurité sociale. — Sont nommés membres de ce Comité : MM. les Drs Bounhoure et Berlioz, MM. les professeurs Parisot et Soula, et le Dr Descombs.

(J. O., 6 septembre 1947.)

Ecole nationale de la Santé publique. — Sont nommés membres du Conseil scientifique et pédagogique de l'Ecole nationale de la Santé publique MM. les Drs Baillarge, Berlioz, Bonhoure, Cayet, Choffe, Courbaire de Marcillat, Descomps, M. Guibert, le Dr Joutard, M. Léveillé, les Drs Pierre Bourgeois et Saint Martin.

Hospice national des Quinze-Vingts. — La date d'ouverture des concours suivants : a) pour un emploi de chef de clinique ; b) pour deux emplois de chefs de clinique adjoints ; c) pour deux emplois d'assistant de clinique, fixée primitivement au 30 juin 1947, est reportée aux dates suivantes :

a) Concours de chef de clinique : 6 et 7 octobre 1947 ;

b) Concours de chefs de clinique adjoints : 13 et 14 octobre 1947 ;

c) Concours d'assistants de clinique : 20 et 21 octobre 1947.

(J. O., 29 août 1947.)

Ordre de la Santé publique

CHEVALIER. — M. le Dr Martin, président du Bureau de bienfaisance, maire de Grenoble.

(J. O., 7 septembre 1947.)

Grand Congrès Médical mondial

Le premier Congrès de l'Association Médicale mondiale (World Medical Association) doit se tenir à Paris, au siège de la Confédération des Syndicats Médicaux Français, du 15 au 21 septembre.

C'est la première fois qu'aura lieu en France une réunion de cette importance, quant au nombre des médecins, tous qualifiés, représentant **officiellement** les Associations professionnelles de leur pays (42 pays sont actuellement inscrits) ; des délégués seront présents de l'Europe presque entière, de l'Amérique du Nord et de l'Amérique du Sud, de l'Amérique centrale, de l'Afrique, de l'Océanie et, pour l'Asie : Turquie, Irak, Iran, Palestine, Inde, Chine.

Le Congrès sera inauguré par M. le Ministre de la Santé publique.

Les langues officielles seront l'anglais et le français.

Le fait que Paris ait été choisi pour être le siège du premier Congrès mondial prouve assez que l'influence culturelle de la France reste considérable dans les milieux médicaux du monde entier.

Les délégués seront reçus à l'Hôtel de Ville de Paris par le Conseil municipal et à l'Hôtel de Ville de Versailles par la municipalité.

Des visites d'hôpitaux seront organisées pour les congressistes.

Après les discussions concernant les statuts, les résultats d'une vaste enquête sur la Sécurité sociale dans les différents pays seront exposés et discutés. Cette documentation présentera un intérêt considérable.

La question des crimes de guerre sera également traitée.

Les médecins venus de tous les coins du monde emporteront l'impression que les réalisations médicales françaises, tant du point de vue scientifique que du point de vue professionnel, peuvent continuer à servir d'exemple dans de très nombreux pays.

Avis de vacance

Un poste de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques est actuellement vacant à la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). Adresser les candidatures dans un délai de trois semaines au Ministère de la Santé publique (personnel et budget, 3e bureau), 7, rue de Tilsitt. (J. O., 3 sept. 1947.)

Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant au sanatorium de Seyssuel (Isère). Les candidatures doivent être adressées, dans un délai de trois semaines (à partir du 29 août), au ministère de la Santé publique (Personnel et Budget, 3e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Un poste d'interne est vacant à l'hôpital psychiatrique autonome de Bassens, près de Chambéry (chefs de service : Drs Robert Buisson et Maurice Lecomte). Ecrire au directeur.

COURS

Faculté de Médecine de Paris

Clinique de la tuberculose (hôpital Laennec, professeur : M. Etienne Bernard). — Nous rappelons qu'un **Cours de perfectionnement sur la tuberculose** sera fait du 13 octobre au 22 novembre 1947, et qu'il sera suivi, du 24 novembre au 6 décembre 1947, d'un cours et de travaux pratiques sur **Les Méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose.**

Droits d'inscription : 2.000 francs pour le premier cours, 2.000 francs pour le second cours et 3.000 francs pour l'ensemble des deux cours.

Renseignements : à la Clinique de la tuberculose. Inscriptions : au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Carnets de toxiques et cartes professionnelles

(Communiqué du Conseil départemental de la Seine)

Le Conseil National de l'Ordre des médecins est chargé par le ministère de la Santé, de l'édition et de la distribution du carnet de toxiques prévu par le décret du 28 août 1945 (J. O. du 30 août 1945) et l'arrêté du 23 mai 1946 (J. O. du 26 mai 1946).

La distribution sera d'abord faite dans le département de la Seine.

La loi prescrit que, dès la mise en place de ces carnets, les stupéfiants et les substances du tableau B ne pourront plus être prescrites sur d'autres ordonnances que celles qui composent lesdits carnets.

Une telle distribution nécessite une comptabilité minutieuse, comparable à celle en usage pour les carnets de chèques. Des vols de carnets de régime commis par des illégaux ont été récemment signalés à plusieurs reprises. Si de tels faits se répétaient à propos des carnets de toxiques, il s'ensuivrait de très regrettables conséquences. Aussi le Conseil départemental de la Seine, responsable de cette distribution, a-t-il décidé de faire figurer sur chaque carnet le numéro d'inscription au tableau du médecin auquel il est destiné. La remise sera faite contre présentation de la carte professionnelle. Les confrères qui ne possèdent pas encore cette carte sont instamment priés de s'en faire établir une.

La mise en place des carnets commencera dans le département de la Seine, le 1er novembre 1947, 14, rue Euler. Les médecins seront convoqués par lettre.

Nécrologie

On apprend la mort :

— Du professeur Ernest Laqueur, de l'Université d'Amsterdam, décédé en Suisse. Laqueur fut un des pionniers de l'hormonothérapie. C'est lui qui, en 1929, isola la folliculine. On lui doit d'admirables travaux sur la testostérone et sa synthèse, et sur le dosage des hormones gonadotropes de l'hypophyse au cours de la grossesse.

— Du Dr A. Leroux, de Paris, décédé à Moret-sur-Loing.

— Du Dr E.-J. Serin, de Fontenay-sous-Bois.

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort du Dr Philippe Pagniez, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de Médecine et l'un des directeurs scientifiques de la « Presse Médicale », décédé le 5 septembre, à Limoges, des suites d'une longue et cruelle maladie ; les obsèques ont eu lieu à Cambrai, le 8 septembre. Que Mme Pagniez et son fils veuillent bien trouver ici l'expression de notre douloureuse sympathie.

LIVRES NOUVEAUX

L'Infiltration stellaire. Technique. Indications. Résultats, par G. Arnulf, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, ex-chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon. Préface du professeur R. Leriche. Un volume de 234 pages avec 25 figures. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Les infiltrations anesthésiques de la chaîne sympathique ont pris, sous l'impulsion du professeur Leriche, une place de plus en plus grande dans la pratique journalière et sont utilisées dans le traitement de nombreuses affections.

Parmi celles que l'on pratique le plus couramment, une place à part doit être réservée à l'infiltration du ganglion sympathique cervical inférieur ou ganglion stellaire, qui fut pratiquée par Leriche et Fontaine dès 1925, et représente à ce titre la première étape d'une méthode qui devait devenir féconde. Dans le domaine pratique, sa technique est plus minutieuse qu'aucune autre. La précision de ses tests lui donne une objectivité incontestable : cette qualité est d'importance lorsqu'il s'agit de juger sa valeur thérapeutique et de préciser ses indications. Le champ de celles-ci est en effet plus vaste que pour aucune autre.

C'est la somme de quinze années de pratique que l'auteur présente ici, en même temps qu'un bilan de la méthode. Il décrit minutieusement les diverses techniques actuelles de l'infiltration, étudie successivement les nombreuses indications, rapporte et analyse les résultats.

Il établit ainsi que la médecine possède dans les infiltrations stellaires une précieuse ressource thérapeutique.

A propos de deux cas de paraplégie par épidurite

par M. P. Padovani, *professeur agrégé à la Faculté* et M. Beglerys

La lecture du récent article de MM. le professeur Fontaine et R. Joris (1), nous incite à publier les observations de deux malades qu'il nous a été donné de traiter au cours des dernières années. Les cas analogues demeurent, semble-t-il, assez rares. Il est intéressant en comparant les diverses publications sur ce sujet, d'essayer de déterminer la part qui revient, dans la guérison à chacune des thérapeutiques qui ont été employées. Il semble, comme nous le verrons, que la laminectomie demeure le facteur essentiel. Les traitements bactériostatiques ne paraissent que des adjuvants, utiles certes, mais dont l'action est insuffisante pour assurer la rétrocession des symptômes.

Observation I (2). — M. G. R., âgé de 45 ans, clerc de notaire. Bien portant jusqu'au 2 novembre 1943, avait présenté, à cette date, un anthrax de la région carotidienne droite qui guérit rapidement après avoir été soigné chez lui par des applications de compresses humides chaudes ainsi que par une injection de propidon.

Sept jours après le début de son anthrax, le 9 novembre, il présente une hausse de température à 39° et il lui est impossible de lever le bras droit. Le médecin consulté à cette occasion parle d'arthrite infectieuse de l'épaule et pense à une infection gonococcique du fait d'une gonococcie contractée six mois auparavant (en février 1943). Une radiographie de l'épaule ne fournit aucun renseignement vu l'absence totale de toute lésion articulaire ou osseuse. Le malade est dans ces conditions traité successivement jusqu'en février 1944 par le salicylate de soude, par des médicaments de choc (Dmelcos et lait), par des vaccins antigonococciques, par des rayons X, des massages, et, finalement, par deux cures de sulfamides. Or, pendant toute cette période de quatre mois, les douleurs ont persisté ainsi qu'une fièvre continue aux environs de 38°5. A la suite d'une consultation avec les Drs Coste, Gaucher et Padovani on immobilisa le bras droit du patient en abduction dans un plâtre thoraco-brachial maintenu de fin février à fin mars 1944. Après suppression de son appareil il se produisit encore une poussée thermique à 39° accompagnée de douleurs. On décida d'immobiliser à nouveau le membre pendant trois semaines en même temps qu'on entreprenait un traitement par les sels d'or.

Vers le 25 avril, le second plâtre ayant été enlevé, on pratique une autre radiographie qui montre pour la première fois des lésions ostéomyélitiques évidentes. Le malade est opéré le 2 mai 1944 (Dr Padovani), mais l'examen du pus prélevé ne montre aucun germe. Seconde intervention le 16 août pour ablation d'un séquestre, le bras droit étant mis en gouttière jusqu'en octobre.

Pendant toute cette période, qui va de novembre 1943 à octobre 1944, la température se maintient d'une manière continue aux environs de 38°.

Vers le 10 octobre 1944, on constate pour la première fois une vive douleur intercostale attribuée à tort par le malade à la mauvaise position de son bras immobilisé, douleur siégeant tout d'abord du côté gauche, devenant ensuite bilatérale à type de compression thoracique accrue d'ailleurs par la station debout et les mouvements. Mais le repos n'apporte pas de sédation suffisante.

A la date précise du 23 octobre 1944 le malade commence à ressentir une faiblesse marquée dans les jambes. Il éprouve, dit-il, une « courbature dans les genoux comme s'ils pliaient en avant », troubles qui vont en s'aggravant, au point qu'il redoute de marcher, de descendre les escaliers et ces phénomènes obligent enfin à interrompre son travail le 30 octobre.

Il est à noter que depuis mai 1944 il éprouvait déjà « des impatiences dans les jambes » et des soubresauts musculaires surtout marqués au niveau de la jambe droite.

Par ailleurs, on ne constate aucun trouble sphinctérien et c'est en définitive en raison de la gravité des troubles de la marche qu'il est hospitalisé à Cochin dans le service du professeur Harvier, le 3 novembre 1944.

Parmi ses antécédents, on peut retenir aussi une blennorragie à l'âge de 20 ans, une deuxième gonorrhée en février 1943, guérie rapidement, ainsi que quelques accès palustres en 1918.

On est en présence d'un malade dont l'état général est bien conservé mais légèrement subfébrile.

Au niveau des membres inférieurs la mobilité active est conservée mais la force musculaire est extrêmement diminuée. A la mobilisation passive on note une contracture légère prédominant sur les extenseurs et une force musculaire diminuée sur les fléchisseurs.

Signe de Babinski positif bilatéral.

Pas de réflexe de posture.

Réflexes cutanés abdominaux abolis, ainsi que le crémastérien droit. Légère réponse du crémastérien à gauche, clonus du pied qui s'épuise assez vite. Enfin un certain retard de perception et de l'hypoesthésie, troubles ayant une limite supérieure au niveau des territoires de D 7, en avant et en arrière ainsi qu'une zone d'anesthésie, plus marquée au niveau de la face externe de la cuisse gauche avec une sensation de brûlure très limitée au-dessous de l'épine iliaque. A. S. du même côté.

L'examen des membres supérieurs dénote une force musculaire intacte avec intégrité des réflexes à gauche. A droite l'appareil d'immobilisation empêche la recherche des réflexes, mais l'examen révèle une sensibilité normale.

On ne constate aucune raideur au niveau du rachis, sauf un point douloureux très net au niveau de D 5.

Le reste de l'examen somatique est normal. Les troubles sphinctériens sont absents.

1° *Numération globulaire :* Globules rouges 4.580.000 ; hémoglobine 75 % ; V. G. 0,81 ; globules blancs 10.000 ; formule (poly. n. 78, poly. éo. 1 ; lympho. 12 ; grands ly. 6 ; monocytes 3).

2° *Urée sanguine :* 0,48.

3° *B. W. dans le sang :* négatif.

4° *Ponction lombaire* (pratiquée le 31 octobre en position couchée, avant l'entrée du malade à l'hôpital) : liquide C. R. limpide, très légèrement xanthochromique, d'une pression de 25 au manomètre de Claude. L'épreuve de Queckenstead-Stookey n'entraîne aucune modification de cette pression, indice de blocage de l'espace sous-arachnoïdien ;

Albumine : 9 gr. 30 pour 1.000 grammes ;

Cytologie à la cellule de Nageotte : 210 hématies par mm³ ; poly. 20 % ; mono. 80 % ;

Bactéries : néant (culture : 0) ;

Benjoin colloïdal : précipité dans les premiers et derniers tubes (00222-22000-22200) ;

B. W. fortement positif (avec antigène simple et antigène cholestériné), mais il s'agit là d'une fausse réaction.

5° *Radiographie du rachis :* rien de particulier à signaler.

6° *Transit lipiodolé :* l'étude de ce transit par voie lombaire montre un arrêt net de la substance au niveau du bord inférieur de D 5.

7° *Intra-dermo réaction à l'anatoxine :* une intra-dermo réaction à l'anatoxine staphylococcique se révèle très fortement positive.

Etant donné les antécédents infectieux d'origine staphylococcique depuis un an (anthrax de la région carotidienne et lésions d'ostéomyélite évidentes de l'épaule) d'une part et le tableau clinique, le diagnostic de paraplégie par compression médullaire semble s'imposer. La dissociation albumino-cytologique du L. C. R. et le blocage sous-arachnoïdien sont vraisemblablement en rapport avec le foyer irritatif, situé à proximité immédiate de D 5.

L'intervention pour « épidurite staphylococcique » a lieu le 13 novembre 1944 (Dr Padovani), dans le service de M. le Professeur Mathieu. Elle consiste en une laminectomie au niveau de D 3, D 4, D 5 et D 6.

En D 3, sous les lames que l'on vient d'enlever à la pince gouge, on voit sourdre quelques gouttelettes de pus. Les lames ainsi que les apophyses épineuses correspondantes paraissent imbibées de sérosité louche, et sont poreuses et friables. Le diagnostic d'ostéite est indiscutable.

La dure-mère, dégagée sur une hauteur de 10 centimètres, est

(1) *Gaz. des Hôp.*, n° 28, 12 juillet 1947, p. 417.

(2) Notre première observation a déjà été en grande partie publiée dans la thèse de Fr. Van Bremeersch, Paris.

épaissie, cartonnée, non battante et recouverte de petites fongosités très adhérentes, d'aspect rougeâtre, que l'on cautérise au bistouri électrique. Après avoir mis en place un trocart juxta-médullaire afin de pouvoir injecter de la pénicilline localement, drainage et sutures.

Dans les suites opératoires, il se forme une collection séreuse à la partie supérieure de la plaie opératoire qui entraîne l'ablation des points de suture. On renonce à l'administration locale de pénicilline, tout en la continuant par voie intramusculaire : 400.000 unités localement par cette voie et 900.000 unités en tout. Dans les jours qui suivent la fièvre tombe puis, peu à peu, la spasmodicité régresse et le malade recommence à marcher en janvier. En mai 1947, il ne présente plus aucune séquelle neurologique, mais il a par ailleurs présenté un réveil de son ostéomyélite de l'humérus sous forme d'un volumineux abcès de la face postérieure de l'épaule qui a été incisé en juin 1945, dans le service de M. le Professeur Leveuf. Cette incision a été suivie de suture sans drainage avec pénicillothérapie locale. En même temps on faisait 300.000 unités de pénicilline par voie intramusculaire quotidiennement pendant six jours, et ensuite une cure d'iodo-septoplix.

Malgré tous ces traitements, on note également une série d'abcès sous-cutanés qui durent être incisés, à l'avant-bras et aux jambes. Ils contenaient du staphylocoque doré en abondance.

Enfin le malade a présenté, en juin 1946, un abcès osseux de l'extrémité inférieure du fémur droit, traité par trépanation et fermeture sur aiguille pour pénicillothérapie locale. Une nouvelle cure de pénicilline par voie intramusculaire était en même temps instituée puis une série d'anatoxine staphylococcique.

Actuellement le malade a repris son travail de manière normale. Il persiste une raideur articulaire importante de l'épaule et du coude droit et une petite fistule en rapport avec le foyer fémoral.

L'examen neurologique reste absolument normal.

Observation II (1). — M. B., religieuse, 51 ans, est hospitalisée dans le service du Dr R. Martin, à l'hôpital Pasteur, pour paraplégie, d'étiologie inconnue.

Bien portante jusqu'en mars 1946, en dehors d'un syndrome dysentérique réapparaissant une ou deux fois par an, surtout en été, depuis une dizaine d'années. On n'a jamais trouvé de parasites dans les selles et son régime alimentaire a toujours été assez strict.

La maladie semble avoir débuté brusquement le 15 mars 1946 par des frissons, une fièvre à 39°-40°, des douleurs abdominales. Quatre jours plus tard apparition de douleurs musculaires du dos, des épaules, des lombes sans siège électif précis, avec persistance de fièvre entre 38° et 39°.

Une semaine plus tard, on note un petit état confusionnel avec agitation et délire qui dure environ huit jours. A ce moment elle présente 0,85 d'azotémie, mais sa température redevient normale, si bien que tout paraît rentrer dans l'ordre vers le 15 avril.

Quelques semaines plus tard se produit une reprise des douleurs au niveau des épaules et de la colonne vertébrale et les radiographies effectuées à cette occasion ne décèlent rien, tandis que l'examen neurologique pratiqué par le médecin chef de l'asile d'Auch reste absolument négatif. Les sensations douloureuses subjectives avec reprise d'une fébricule persistent néanmoins jusqu'au début de juillet.

A partir de ce moment apparaît une faiblesse progressive des membres inférieurs avec fatigabilité très marquée dans les mouvements et des sensations de dérobement, la marche restant difficile et pénible.

Cet état s'aggrave au point qu'il oblige finalement la patiente à s'immobiliser dans son lit.

On est en présence d'une malade atteinte de paralysie des membres inférieurs portant sur tous les groupes musculaires, bien que plus marquée au niveau du quadriceps fémoral. Mouvements encore possibles spontanément en décubitus mais extrêmement limités. Hypotonie. Réflexes rotuliens et achilléens polycinétiques, trépidation épileptoïde des pieds, avec signe de Babinski bilatéral, très accentué. Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis. On constate enfin une hypoesthésie de tous les segments des membres inférieurs à tous les modes, plus accusée au niveau de l'abdomen, mais tout élément douloureux fait défaut. La sensibilité profonde au diapason des membres inférieurs est absente. Il n'existe pas de troubles trophiques ni de troubles sphinctériens. Tous les autres appareils paraissent normaux.

On pose le diagnostic de paraplégie flasco-spasmodique, vraisemblablement par compression médullaire en D6 et on institue un traitement au salicylate de soude à raison de 6 grammes par jour, du 7 au 10 octobre ; puis à partir de ce moment on entreprend la pénicillothérapie à raison de 400.000 unités par jour qu'on continuera, comme nous le verrons jusqu'au 1er novembre.

La malade est transférée dans le service de clinique de chirurgie orthopédique de M. le Professeur Mathieu, à l'hôpital Cochin.

Intervention le 21 octobre 1946 (Dr Padovani) sous anesthésie locale, laminectomie portant sur D 4, D 5, D 6.

On trouve un abcès gros comme un pois sous la lame de D 5, mais le pus, soigneusement prélevé, se révélera stérile à l'examen. La dure-mère est épaissie, dure, dans toute l'étendue de la laminectomie et ne bat pas. On ouvre en haut et en bas le canal rachidien jusqu'à trouver une dure-mère souple d'aspect normal. La fermeture s'effectue en deux plans, tout en laissant en place une aiguille pour pénicillothérapie locale. Pendant six jours on injectera en deux fois 50.000 unités par jour. Une radiographie ne montre, en dehors des traces de laminectomie, aucune autre lésion osseuse.

La pénicillothérapie générale est continuée à la dose de 400.000 unités par jour jusqu'au 1er novembre. On institue en même temps un traitement par la vitamine B_1 et la strychnine et l'on pratique chaque jour de l'ionisation calcique transcérébro-médullaire.

Les signes de paraplégie s'améliorent rapidement. Les mouvements volontaires redeviennent possibles en même temps que les signes d'irritation pyramidale régressent. La malade peut commencer à se lever au début de janvier. La marche est devenue à peu près normale à la fin de février.

Revue en avril, la malade ne présente plus aucun signe d'irritation médullaire. Une radiographie ne montre, en dehors des traces de la laminectomie, aucune autre lésion osseuse.

De ces deux observations, la première concerne certainement une manifestation d'une septicémie chronique à staphylocoque. La seconde est d'étiologie incertaine. Malgré la négativité des cultures, il est probable que c'est le même germe qui était en cause.

Dans les divers cas d'épidurite déjà publiés on retrouve de même tantôt une étiologie certaine (staphylocoque le plus souvent ou exceptionnellement streptocoque (cas de Jambon), tantôt une incertitude sur la nature du germe en cause, les cultures s'étant révélées stériles (Ferey et Wolinetz, Fontaine).

Chez nos deux malades l'intervention n'a pas mis en évidence de manière certaine l'existence d'un foyer osseux au niveau des lames vertébrales. Il est probable qu'une très minime atteinte osseuse existait cependant. En effet l'existence d'épidurites isolées est certainement très rare (Santy et Wertheimer, Sicard et Paraf). L'absence de signes radiologiques ne permet d'ailleurs pas d'éliminer de façon certaine la lésion d'une lame, vues les difficultés d'interprétation des images à ce niveau. D'ailleurs la suppuration peut naître sous le périoste des éléments constitutifs du canal vertébral (Laborde).

Nos deux observations confirment, s'il en est besoin, la lenteur d'évolution des foyers successifs des septicémies chroniques à staphylocoques, mais leur principal intérêt consiste à notre avis dans la démonstration de l'efficacité du traitement chirurgical et de sa nécessité presque absolue. Si dans notre première observation aucun traitement anti-infectieux vraiment utile n'avait été mis en œuvre avant l'intervention, dans la seconde la malade avait reçu 4 millions d'unités de pénicilline sans que ce traitement empêche l'aggravation du syndrome paraplégique. D'ailleurs dans les observations d'épidurite à forme paraplégique suivies de guérison qu'il nous a été donné de consulter, la laminectomie a été chaque fois pratiquée tandis que des traitements médicaux divers étaient institués (sulfamidothérapie, vaccination).

Il semble bien qu'en présence du syndrome de compression médullaire constituée, il ne faille pas trop compter sur l'efficacité des diverses médications bactériostatiques. Celles-ci peuvent sans doute permettre la stérilisation du foyer mais laissent persister un facteur mécanique de compression incapable de résorption spon-

(1) Cette deuxième observation a été recueillie en partie dans le service de M. René Martin, médecin-chef de l'hôpital Pasteur, à Paris, que nous tenons à remercier ici.

tanée. Si les signes cliniques se maintiennent ou progressent malgré une thérapeutique médicamenteuse énergique, il faut sans tarder pratiquer la laminectomie. Seule celle-ci permettra la décompression médullaire. Elle devra porter sur toute l'étendue nécessaire pour dégager la totalité du segment dure-mérien d'aspect anormal.

Ceci ne veut pas dire bien au contraire qu'il faille négliger le traitement médical. Non seulement on emploiera de fortes doses de pénicilline (400.000 unités par jour pendant 15 à 20 jours), mais on soumettra au besoin le malade à un traitement iodo-sulfamidé ultérieur et à une vaccination par l'anatoxine staphylococcique à doses progressives. Il faut d'ailleurs reconnaître que ce traitement, même parfaitement conduit, n'empêchera pas l'évolution de foyers multiples possibles. Il sera cependant capable d'en ralentir l'évolution et d'en atténuer la gravité.

(Travail de la Clinique de Chirurgie Orthopédique. Prof. P. MATHIEU.)

Bibliographie (complément à celle indiquée dans l'article de M. M. FONTAINE et JORIS : *Gazette des Hôpitaux*, n° 28, 12 juillet 1947, p. 417.

VAN BREMEERSCH François. Epidurite staphylococcique. *Thèse de Paris*, 1945.

PAGES Eugène. Epidurite — *in Soc. des Sciences Médicales de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, 8 février 1946, 132-582.

RIEUNAU. Compression médullaire extra-durale d'origine inflammatoire — *in Soc. Méd. Chir. et Pharm. de Toulouse* (février 1946, *Toulouse Médical* 110.662).

JAMBON. Epidurite streptococcique — *in Soc. des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier* (1er mars 1946).

DECOULX. Epidurite et phylococcique — *Soc. Chir. de Lille*, 14 juin 1946 ; *Lille Chirurgical*, n° 8, mars-avril 1947, p. 82.

DEBOOS Pierre. Contribution à l'étude du traitement des septicémies, à staphylocoque doré, par la pénicilline. *Thèse de Paris*, 1946.

ROUQUES, DAVID et PAUTRET ; CASTAIGNE et GOURY-LAFFONT. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 21 et 28 juin 1946.

PRATIQUE MÉDICALE

L'interprétation des résultats des séro-réactions de la syphilis

La *Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, dans sa séance du 13 mars 1947, a voté, à l'unanimité des membres présents, les importantes conclusions que voici :

« Pour éviter les malentendus qui pourraient se produire dans l'esprit des médecins non spécialistes et des malades, au sujet de l'interprétation des résultats des séro-réactions, à la suite de travaux récents étrangers et français, et des discussions qui ont eu lieu à la Société de Dermatologie, la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie croit de son devoir d'émettre les conclusions suivantes :

« Les résultats de laboratoire, en général, et les séro-réactions, en particulier, ne sont que des « signes » qui doivent être confrontés avec la clinique et discutés à la lumière de cette clinique.

« Il ne faut donc pas faire d'équation simpliste et croire : qu'une séro-réaction positive = toujours syphilis, et inversement qu'une séro-réaction négative = absence de syphilis ou syphilis guérie.

« 1° Une séro-réaction positive peut, par exception, n'être pas syphilitique. Les causes d'erreurs, autrement dit de séro-réactions faussement positives, sont, dans la plupart des cas, bien connues et il est facile de les éviter : souvent dans les maladies tropicales (pian, lèpre, paludisme, etc.), rarement dans les infections aiguës graves (pneumonie, scarlatine, rhumatisme, etc.), exceptionnellement dans les infections bénignes (érythème polymorphe, herpès, etc.), vaccinations, chimiothérapies, anesthésies, maladies cachectisantes, etc. Le pourcentage d'erreurs dans la mononucléose infectieuse, les sulfamidothérapies est variable, suivant les auteurs.

« A côté de ces exceptions bien connues, il existe des cas difficiles à interpréter, notamment chez la femme enceinte ou nourrice, chez les donneurs de sang, heureusement très rares.

« Donc, devant une séro-réaction positive « surprise », il ne faut pas se hâter de conclure à la syphilis, ni surtout de mettre le malade dans le long engrenage du traitement. Il faut étudier le problème cliniquement par les antécédents familiaux et personnels, et surtout refaire des séro-réactions en série, par plusieurs techniques et les répéter dans le temps de 1 à 3 mois, en se méfiant des réactions actuelles de floculation, car les antigène s actuels, surtout de Meinicke, sont, pour la plupart, imparfaits.

« Si, pour des raisons d'urgence, on juge prudent de faire un traitement anti-syphilitique en pareil cas, il faut prévenir que ce traitement n'est qu'un traitement d'épreuve.

« 2° En effet, une séro-réaction négative peut exister dans une syphilis en activité.

« Donc, devant une séro-réaction négative, il ne faut ni rejeter le diagnostic de syphilis, ni conclure, sur ce seul signe, à la guérison de la syphilis et à l'arrêt du traitement.

« En résumé, les séro-réactions, qui ont constitué un très grand progrès pour le diagnostic de la syphilis et la surveillance des traitements, conservent la plus grande valeur et restent indispensables ; mais il ne faut pas oublier leurs imperfections qui, répétons-le, sont exceptionnelles après la suppression des causes d'erreurs connues ; il faut que ce soit le clinicien qui discute leur interprétation. »

CONGRÈS

Le Ve Congrès international de pédiatrie

(New-York, 14-17 juillet 1947)

Depuis le Congrès de Rome, en 1937, il n'y avait pas eu de Congrès international de Pédiatrie. La tradition a été renouée à New-York, où le Ve Congrès International vient d'avoir lieu, du 14 au 17 juillet, sous la présidence du Dr Henry F. Helmholz, de la Clinique Mayo.

Les travaux du Congrès ont eu trait à :

Nutrition. Rapporteurs : Prof. R. A. Mc CANCE, de Cambridge (Angleterre) et Dr J. H. P. JOUXIS, de Rotterdam (Pays-Bas).

Maladies causées par les virus filtrants. Rapporteur : Dr Albert B. SABIN, de Cincinnati (U. S. A.).

Chimiothérapie des maladies infectieuses. Rapporteur : Prof. CHESTER F., de Boston (U. S. A.).

Mortalité des nouveau-nés. Rapporteur : Prof. Alan MONCRIEFF, de Londres (Angleterre).

Tuberculose. Rapporteurs : Prof. Arvid J. WALLGREN, de Stockholm (Suède) et prof. JINSCHER, de Poznan (Pologne).

Incompatibilités du sang. Rapporteur : Prof. Giovanni DE TONI, de Gênes (Italie).

Intoxications alimentaires. Rapporteur : Prof. E. KENPEL-FNONIUS, de Pecs (Hongrie).

En outre, huit sections, chacune consacrée à un sujet différent, entendirent de courtes communications.

Cette formule surprit un peu les Européens accoutumés à voir un Congrès se concentrer sur trois ou quatre questions, les discuter et extraire des conclusions aboutissant à la mise à jour de ces trois ou quatre questions.

La véritable révélation de ce Congrès fut l' « exhibition » (le mot anglais était « exhibits ») des travaux américains. L'ampleur et la diversité en furent telles qu'elles impressionnèrent fortement les congressistes et recueillirent une admiration unanime.

Après le Congrès, enfin, eurent lieu deux « tours » organisés par les Sociétés de pédiatrie locales. L'un passait par Boston, Baltimore, Washington. L'autre par Princeton, Cincinnati, Chicago, Rochester (Min.), Minneapolis, Détroit et Rochester (N.-Y.). Partout des visites d'hôpitaux, des conférences et démonstrations cliniques avaient été préparées. L'accueil de nos confrères américains fut d'une cordialité qui laissera à tous ceux qui participèrent à ces voyages d'études un souvenir particulièrement reconnaissant.

Le Ve Congrès International de Pédiatrie a été la première manifestation scientifique de l'après-guerre et a réappris aux médecins des cinq parties du monde que leur art est de ceux qui effacent les frontières et les discordes nationalistes. A cet égard, il

prend une signification beaucoup plus générale que son programme ne le ferait supposer.

Le prochain Congrès International de Pédiatrie aura lieu en 1950, en Suisse, concomitamment à Zurich et à Genève.

COMPTE RENDU (1)

I. — Nutrition

Observations sur la nutrition, la santé et le développement physique dans la zone anglaise d'occupation en Allemagne en 1946-1947. — R. A. Mc Cance (Cambridge, Angleterre). — Les auteurs, Mc Cance et Widdowson, qui ont installé, dès 1946, un laboratoire de physiologie à Wuppertal, ont constaté, qu'à ce moment, la ration alimentaire moyenne représentait à peine plus de 1.000 calories par jour. Dans les villes, l'état de dénutrition était considérable et atteignait surtout les enfants de 10 à 18 ans. Les garçons ont souffert de cet état plus que les filles ; ce qui se comprend, puisque les besoins en calories sont plus grands chez eux, de l'âge de 3-4 ans jusqu'à la puberté. Cependant, les auteurs n'ont observé, ni chez les garçons, ni chez les filles, des signes physiques de déficience vitaminique.

Nutrition et maladie cœliaque. — M. Preben Plum (Danemark). — On a noté, dans les pays scandinaves, un accroissement des cas de maladie cœliaque durant la dernière guerre. L'auteur voit dans ce fait une conséquence des variations de la qualité du lait de vache, riche en éléments vitaminiques de toutes sortes l'été et l'hiver, du fait de l'absence d'importations de nourriture pour vaches laitières, d'une composition différente.

Au Danemark, il a, de plus, relevé que les observations de maladie cœliaque étaient plus nombreuses chez les enfants nés en hiver que chez ceux nés en été.

Une étude radiologique de l'intestin grêle chez ces malades a montré la combinaison d'hypotonicité et d'hypertonicité.

L'auteur, traitant ces cas sans conviction, avec des préparations de vitamine B et des extraits hépatiques estime son expérience de l'activité de l'acide folique trop limitée pour aboutir à une conclusion.

II. — Les infections à virus

Les infections à virus du système nerveux humain. — Albert B. Sabin, Cincinnati (U. S. A.). — L'auteur rappelle, qu'après les expériences d'Armstrong en 1939 sur l'inoculation du virus de la *poliomyélite* à la souris, on a montré, en 1944, que des chimpanzés pouvaient contracter l'infection s'ils étaient nourris avec des aliments contaminés par des mouches. Cela pourrait expliquer la recrudescence estivo-automnale de la maladie.

Les récents développements des réactions de fixation du complément et des méthodes d'hémoagglutination pour le diagnostic des infections à *virus ourlien* ont permis de rattacher à cette cause un nombre important de méningites aseptiques sans parotidite.

L'isolement du virus et l'existence d'inclusions acidophiles intra-nucléaires ont permis de prouver la relation étiologique entre le *virus herpétique* et quelques cas d'encéphalite.

Par ailleurs, on a découvert de nombreux virus neurotropes qui n'ont pas causé d'infection apparente chez l'homme, mais n'en constituent pas moins des menaces en puissance.

Les maladies respiratoires à virus. — Thomas Francis, Ann Arbor, Michigan (U. S. A.). — A la suite des travaux des cinq dernières années, on peut dire que la vaccination contre l'influenza A et l'influenza B a reçu sa solution. Il reste cependant, le problème de la durée d'efficacité.

Les pneumonies atypiques ont été l'objet de travail de nombreux chercheurs sans qu'on ait pu obtenir des conclusions quant à la prévention ou à l'agent étiologique. Eaton et ses collaborateurs auraient isolé un virus et l'auraient activé sur embryon de poulet.

(1) Nous remercions bien vivement notre confrère, le Dr Lavalée, du *Concours Médical*, qui a bien voulu nous autoriser à reproduire le compte rendu du Congrès.

III. — Chimiothérapie des maladies infectieuses

Posologie de la pénicilline chez les enfants, selon l'âge. — Gino Frontali, (Rome). — Les enfants en dessous de 3 mois maintiennent des concentrations plus fortes pendant des temps plus longs que les autres enfants.

Les « injections dirigées » et leur rôle en chimiothérapie. — Rudolf Dagkwitz (Hambourg). — La forme et les dimensions des particules colloïdales en dispersion dans un milieu aqueux d'un produit chimiothérapique peuvent « diriger » ce produit vers un organe déterminé, si ce produit est à la fois cristallin, insoluble dans l'eau et soluble dans le protoplasme.

Ainsi des particules sphériques d'un certain diamètre sont prélevées par le foie, la rate et la moelle osseuse après injection intraveineuse. Les particules en forme d'aiguilles, d'un diamètre de 10 μ. restent dans les poumons.

Un colorant présentant ces caractéristiques, voisin de l'Aniline-azo-beta naphtol, agent antituberculeux, a été injecté ainsi avec succès à des cobayes contaminés.

IV. — Mortalité des nouveau-nés

La mortalité chez les nouveau-nés. — Alan Moncrieff (Londres). — Pour l'auteur, les principales causes sont d'abord d'ordre social, la prématurité de la débilité congénitale ayant leur origine dans le surpeuplement et la dénutrition. Puis viennent le traumatisme obstétrical de l'asphyxie, et les malformations congénitales.

La mortalité chez les nouveau-nés. — Curt Gyllenswärd (Suède). — D'après C. Gyllenswärd, l'augmentation des mort-nés et des morts chez les nouveau-nés serait due surtout à des morts pendant le travail auquel se joignent des morts par d'autres causes durant la première semaine.

La mortalité chez les nouveau-nés. — August Reuss (Vienne). — Pour celui-ci, les plus importantes causes sont : traumatisme obstétrical intracranien, prématurité et débilité congénitales. L'auteur souligne également le rôle des facteurs sérologiques.

V. — Tuberculose

Vaccination antituberculeuse et prophylaxie antituberculeuse. — A. J. Wallgreen (Stokholm). — L'auteur soutient que l'immunité qui suit la vaccination par le B. C. G. a de l'importance pour prévenir une super-infection exogène. L'utilisation de bacille de Calmette-Guérin, non pathogène et cependant vivant, a été reconnue supérieure à tous autres types de vaccin. Il est inoffensif pour l'homme et les animaux de laboratoire usuels. La méthode d'administration intra-cutanée a été trouvée la meilleure. Le virage de cuti-réaction survient de 6-8 semaines après la vaccination.

L'auteur pense que la vaccination par le B. C. G. doit être proposée dès à présent à toutes les personnes à cuti-négative qui vivent ou sont susceptibles de vivre dans l'entourage de tuberculeux. Cela s'applique aux enfants comme aux adolescents et aux adultes.

Il semble que la durée de l'efficacité de cette vaccination soit de dix ans. Seules, les cuti-réactions répétées peuvent déterminer la persistance de cette immunité.

A l'appui de ces données, l'auteur cite les résultats de séries de vaccinations qui prouvent, selon lui, l'indiscutable valeur prophylactique du B. C. G.

Prophylaxie et traitement de la tuberculose chez l'enfant. — K Jonscher, de Poznan (Pologne). — L'auteur qui présente une situation assez dramatique de l'enfance en Pologne depuis la dernière guerre (morbidité tuberculeuse : 68 % des enfants entre 3-7 ans dans les écoles publiques) recommande l'usage du B. C. G. comme méthode prophylactique, par voie orale, la voie sous-cutanée provoquant 37 % de réactions locales sévères.

La vaccination par le B. C. G. dans la prophylaxie de la tuberculose. — A. Chattas, de Cordoba (Argentine). — Le B. C. G. est utilisé à Cordoba, depuis 1935, et on considère que, depuis 1941, 50 % des nouveau-nés ont reçu le B. C. G., dont la grande majorité par voie intra-cutanée,

Les réactions cutanées à la tuberculine, les modifications radiologiques, les examens bactériologiques du liquide gastrique et la mortalité montrent que les enfants vaccinés ainsi se portent mieux que les non-vaccinés dans les contrôles effectués dans les cas connus d'exposition à une contamination familiale.

Lésions primaires tuberculeuses extra-pulmonaires. — Robert Debré (France). — L'auteur décrit les lésions tuberculeuses primaires cutanées et muqueuses. Son expérience personnelle lui a montré que le plus souvent les chancres d'inoculation cutanés étaient à B. humain et les chancres muqueux à B. bovin.

Obstruction bronchique par primo-infection tuberculeuse. — J. H. Hutchinson (Glasgow). — L'expérience de l'auteur porte sur 55 cas qui avaient été étiquetés « épituberculoses » et qui étaient, en réalité, ainsi que l'ont montré les explorations bronchoscopiques et bronchographiques, des atelectasies par adénopathie hilaire comprimant les bronches.

L'apparence clinique de l'asthme chez un jeune enfant spécialement en l'absence d'antécédents allergiques, doit faire suspecter une tuberculose ganglionnaire hilaire génératrice de compression bronchique.

L'influence du Genotype dans la prédisposition à la tuberculose. — G. Weber (Munich). — D'une expérimentation faite sur le cobaye et ayant porté sur cinq générations successives, l'auteur pense que le rôle de l'hérédité ou du genotype dans la prédisposition ou la résistance à la tuberculose est évidente, mais cette donnée de laboratoire ne comporte pas encore d'application directe en matière humaine.

VI. — Les incompatibilités sanguines

Erythroblastose et facteur Rh. — Giovanni de Toni (Gênes). — Après une revue générale sur l'Erythroblastose, l'auteur soulève une série de questions encore sans réponses et qui montrent la complexité des problèmes de groupes sanguins.

Incompatibilités sanguines. — Burger Broman (Stockholm). — Il est possible que le fœtus souffre d'incompatibilités sanguines dues, non seulement au facteur Rh, mais également aux groupes sanguins classiques (A-B-O). Bien que le fait soit extrêmement difficile à déterminer, il en est cependant quelques exemples. Ainsi, un femme du groupe O qui avait reçu des injections intramusculaires de sang du groupe B donne naissance à des jumeaux. L'un, du groupe B, présente une anémie du nouveau-né, l'autre, du groupe O, est normal.

Il n'y a pas eu de cas publiés avec les facteurs M, N ou P, mais Combs, Mourant et Race ont publié l'existence d'un facteur nouveau appelé « Kell », susceptible de produire des lésions fœtales par une iso-immunisation en cours de grossesse.

La pathogénie des maladies hémolytiques du nouveau-né en rapport avec les antigènes A et B. — I. Halbrecht (Tel Aviv). — L'auteur, après examen du sang du cordon ombilical de 200 nouveau-nés, conclut qu'outre le facteur Rt, des incompatibilités sanguines fœto-maternelles peuvent exister avec les groupes sanguins A et B.

VII. — Toxicoses alimentaires

Echanges d'eau et de sels minéraux dans la diarrhée. — E. Kerfel-Pronius de Peés (Hongrie). — Le premier dommage de la toxicose est une chute de la circulation due à la réduction du volume du plasma causée par une perte d'électrolyte extracellulaire et une lésion capillaire.

Secondairement, des lésions vasculaires encéphaliques et un obstacle à la vie cellulaire dû à la diminution du potassium et au shock sont les traits pathogéniques essentiels des toxicoses infantiles.

Toxicoses alimentaires. — L.-F. Meyer (Tel Aviv). — L'auteur expose ses résultats sur le traitement par les sulfamides, puis la Pénicilline des toxicoses alimentaires. Il voit, dans l'usage des agents bactériostatiques, une phase préparatoire qui combat et maîtrise des germes anormaux ou en situation anormale dans le tractus gastro-intestinal.

VIII. — Cardiopathies congénitales

Cardiopathies congénitales. — A. Castellanos (La Havane). — Dans une revue générale sur les cardiopathies congénitales, A. Castellanos place un plaidoyer pour l'angio-cardiographie, dont un usage plus large permettra un diagnostic anatomique exact et une sélection des cas opérables.

Sur le diagnostic des cardiopathies congénitales. — E. Mannheimer (Stockholm). — Brève discussion sur la valeur chimique de la fluoroscopie, la phono-cardiographie et le test de tolérance à l'hypo-oxémie.

Cardiopathies congénitales. — André Cournand (New-York). — En introduisant dans le système veineux une sonde amenant un produit opaque aux R.X., il est possible :

— d'explorer, sous contrôle fluoroscopique, les contours des cavités droites du cœur et de l'artère pulmonaire ;

— de démontrer directement les communications anormales entre les cavités droites et gauches ;

— de prélever un échantillon sanguin pour la mesure de la teneur en oxygène ;

— d'enregistrer les pressions des cavités du cœur et des gros vaisseaux de la base.

L'usage de cette technique permet d'apprécier avec un maximum de certitude les conditions circulatoires cardiaques. Chez les jeunes enfants, une anesthésie de base et l'introduction du cathéter dans la veine saphène interne sont parfois nécessaires, si l'agitation d'une part et l'absence de veines convenables au bras empêchent l'exploration.

Ces méthodes d'examen sont nécessaires pour un diagnostic précis, des indications opératoires bien comprises et une connaissance physiologique approfondie des effets des affections cardiaques congénitales sur la dynamique cardiaque et circulatoire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

(Séance commune des Sociétés de Chirurgie de Lyon et de Marseille)

Séance du 30 mai 1947

Les formes paralysantes de la rupture des disques intervertébraux. — MM. Ricard Devic et P. Giraud. — La pathologie des disques intervertébraux ne se limite pas aux syndromes névralgiques, il faut décrire, à côté des formes douloureuses, des formes paralysantes.

Il ne s'agit pas des troubles moteurs qu'il est de règle d'observer dans l'évolution de la plupart des sciatiques, mais bien de formes véritablement paralysantes qui sont rares, mais indiscutables.

On peut laisser de côté tout un groupe d'observations : celle de la hernie discale s'accompagne à la région lombaire d'un syndrome de la queue de cheval, et à la région cervicale d'une compression médullaire. Leur intérêt est restreint, il n'est pas nécessaire que le diagnostic de rupture discale ait été posé pour opérer.

Dans les formes paralysantes vraies, le tableau clinique est celui d'une paralysie du sciatique poplité externe ou d'une main d'Aran-Duchêne. Et l'on serait tenté de ne pas les rattacher à une hernie si la douleur n'était pas très nette, parce qu'elle a pu être légère, ou fugace, ou considérée par le malade comme assez banale pour qu'il n'établisse pas lui-même une relation entre le lumbago ou le torticolis initial et le phénomène paralysant.

Les hypothèses pathogéniques que l'on peut soulever pour expliquer ces formes sont les suivantes : hernie discale paramédiane, loin de la portion funiculaire du nerf à un endroit où la racine antérieure est particulièrement exposée (surtout au cou). Atteinte de l'artère radiculaire antérieure (névralgie apoplectiforme). Ce qui importe surtout, c'est de connaître ces formes et de les dépister, car à l'opposé des formes algiques, elles doivent être opérées précocement pour sauvegarder au mieux la fonction.

A propos des plaies des nerfs. — MM. A. Lena et F. Chauvin rapportent une statistique de 56 cas dont 42 furent opérés. Ils notent la difficulté du bilan lésionnel et l'incertitude du pronostic particulièrement dans les cas très fréquents où la continuité anatomique du nerf paraît conservée, la fréquence et l'importance des perturbations d'allure vaso-motrice, voire même à distance, tel un cas d'angine de poitrine.

Le traitement de ces lésions a guéri à peu près toujours ce syndrome surajouté, quant aux troubles de la conductibilité nerveuse, ils paraissent ne devoir être traités que par la suture, l'hétérogreffe ne leur ayant donné aucun résultat.

A propos des métrorragies dans les tumeurs de l'ovaire. — M. Mathie. — Le dépouillement d'une statistique en partie inédite de 144 tumeurs malignes de l'ovaire montre que les hémorragies sont un symptôme assez fréquent (17 %). La greffe utérine d'une métastase arrivée par la trompe est le mécanisme de beaucoup le plus souvent rencontré. Hyperplasie de la muqueuse sous l'action d'une sécrétion de folliculine par la tumeur est possible quand la tumeur est du type folliculome, mais la rareté du folliculome, leur malignité possible (30 %), le fait qu'ils sont capables de faire dégénérer la muqueuse utérine (1 fois sur 10) oblige à considérer comme suspecte l'hyperplasie réactionnelle des folliculomes. La coexistence d'un cancer utérin et ovarien, l'hémorragie déclenchée par un réflexe nerveux ou vasculaire parti de la tumeur, sont des hypothèses qui ne doivent être acceptées que par élimination.

Les métrorragies dans les tumeurs de l'ovaire doivent donc pousser à intervenir, à faire l'intervention la plus large possible et ce n'est que sur la pièce qu'il faut discuter le mécanisme de l'hémorragie. Quelques exceptions seulement sont à faire à cette règle générale.

Avortements et stérilité. — M. J. Crosson. — L'auteur reprend et complète ses publications antérieures sur le rôle joué par l'avortement dans la production des stérilités secondaires. Le rôle néfaste des avortements est prouvé par l'étude des statistiques. Un grand nombre de stérilités secondaires surviennent après un ou plusieurs avortements. Le mécanisme de la stérilisation est complexe et, bien souvent, difficile à préciser. L'étude des trompes par insuflation kymographique montre que la moitié environ des trompes sont lésées, mais, à côté des sténoses et obturations, il faut reconnaître des altérations fonctionnelles qui peuvent rendre compte de certaines stérilités pour lesquelles le facteur mécanique n'est pas clairement en cause.

Cholécystectomie sans drainage, condition et résultats. — MM. Mallet-Guy et Koppes ont pratiqué 116 cholécystectomies sans drainage avec contrôle manométrique et radiologique peropératoire. Discussion d'une conduite thérapeutique précise qui utilise les données cliniques, celle de l'explication opératoire et l'examen bactériologique extemporané de la bile. Dans les cholécystites lithiasiques, en l'absence de tout symptôme cholédocien précis, Mallet-Guy a pratiqué 77 fois une cholécystectomie sans drainage, 52 fois la cholécystectomie a été complétée par un drainage biliaire ou une sphinctérotomie transduodénale. En dehors de la lithiase, la cholécystectomie sans drainage n'a que des indications très limitées. Enfin, la pratique systématique du contrôle manométrique et radiologique per-opératoire a conduit les auteurs à pratiquer la cholécystectomie sans drainage même dans certains cas où les signes cliniques cholédociens appelaient classiquement une cholédécotomie. Les résultats tant immédiats que lointains sont « d'excellente qualité ».

L'avenir des ostéomyélites guéries sans abcès par pénicillothérapie. — M. Tavernier. — Sur 33 ostéomyélites aiguës traitées par pénicilline, 16 firent une évolution résolutive sans formation d'abcès, bien que 8 aient été porteurs de séquestres visibles sur les radiographies.

7 de ces porteurs de séquestre et 2 autres sans séquestre ont fait dans des délais de trois à dix-huit mois de nouvelles poussées inflammatoires subaiguës qui ont guéri par évidement des lésions et suture sans drainage, parfois avec greffe d'os spongieux.

Les ostéomyélites en apparence guéries par pénicilline, mais qui ont des séquestres visibles sur la radiographie n'ont donc aucune chance de guérison durable et Tavernier les opère maintenant systématiquement sans attendre la rechute.

Tumeur à myéloplaxes de l'extrémité supérieure du tibia suivie pendant dix ans (Présentation de pièce). — M. Moiroud. — Cet homme a été suivi de 1937 où la radiographie permit de découvrir dans l'extrémité supérieure du tibia une cavité du volume d'un œuf, jusqu'en 1947, où une amputation de cuisse a été pratiquée.

Pendant cette longue évolution, la structure histologique s'est maintenue identique : tumeur à myéloplaxes, sans aucun signe de malignité (1947).

Le traitement initial a consisté en curettages successifs de la cavité. En 1940, un traitement radiothérapeutique a été pratiqué hors de notre surveillance, il n'est pas possible d'en préciser la qualité.

Puis une fracture spontanée s'est produite dans la zone malade, sans amener de modification favorable. Une fracture diaphysaire sous-jacente de la diaphyse a consolidé normalement. Un lambeau musculaire et un greffon ostéo-périosté ont été mis en place. De l'os nouveau s'est développé dans la tubérosité externe tibiale, mais la tubérosité interne s'est évidée progressivement. La crainte d'une fracture spontanée a justifié l'amputation de cuisse.

La thérapeutique chirurgicale de ces dystrophies osseuses, à malignité purement locale, est difficile. Après évidement, les récidives sont fréquentes en vertu de l'équation, récidive = opération incomplète. On n'est jamais sûr de détruire en totalité les myéloplaxes qui trouvent dans le sang épanché dans la cavité évidée un milieu de culture. Il faut regretter ici la non-répétition de la greffe qui eût permis d'obtenir dans la tubérosité externe ce qui a été acquis en dedans. Les techniques modernes plus précises de la radiothérapie feront-elles mieux que la chirurgie ? Espérons-le.

Appendicite et amibiase cutanée. — MM. H.-M.-L. Sohier et M.-R. Rémy apportent quatre observations d'amibiase cutanée consécutive à des appendicectomies avec ou sans drainage chez des sujets dysentériques amibiens connaissant ou ignorant leur maladie.

Les auteurs n'insistent pas sur les formes cliniques de l'amibiase cutanée ni sur son anatomie pathologique, toutes notions déjà connues. Ils insistent sur l'aspect clinique des lésions d'où leur préférence pour le terme « de phagédénisme cutané amibien » de Ménétrier et Touraine.

Dans chacune des observations une poussée de dysenterie amibienne aiguë a coexisté avec l'apparition des lésions cutanées.

Un traitement émétinien et le saupoudrage des ulcérations à la poudre de stovarsol ont entraîné la guérison du syndrome intestinal et des lésions cutanées.

Enfin les auteurs insistent sur ces dysentériques amibiens ignorés. Il s'agit d'individus vivant dans la brousse qui interprètent leur amibiase comme une diarrhée sanglante banale et « blanchissent » leur maladie par l'ingestion de quelques comprimés de stovarsol. Un interrogatoire approfondi, des examens de selles en série et, le cas échéant, un traitement émétinien, mettront à l'abri de complications amibiennes cutanées dans les suites d'une opération, pour un syndrome appendiculaire, cependant étrange à la dysenterie amibienne.

Séquelles de kystes hydatiques du poumon évacués par vomiques. — MM. P. Santy et Bérard. — A propos de quatre observations, les auteurs attirent l'attention sur les complications qui peuvent succéder aux vomiques des kystes hydatiques du poumon et proposent de réformer la notion classiquement abusive de « vomique curatrice ».

La vomique peut laisser subsister une cavité suppurante car la membrane reste en place ; elle peut en outre être suivie d'hémoptysies répétées et inquiétantes.

Aussi bien, la tendance de plus en plus grande des chirurgiens à opérer les kystes hydatiques pulmonaires quel que soit leur stade évolutif et leur situation est seule défendable : large thoracotomie, et accès en plèvre libre pour les kystes profonds ; accès en deux temps pour les kystes sous-pleuraux.

A propos des techniques de conservation de la fonction sphinctérienne dans la cure opératoire du cancer du rectum. — M. V. Aubert s'élève contre l'abus qui tend à se généraliser, de la résection sacrococcygienne dans la chirurgie du cancer du rectum, en particulier dans les techniques visant la conservation de la fonction sphinctérienne. Il en existe d'excellentes

sans sacrifice osseux : celle de Villiard par exemple et celle de César Roux, de Lausanne, publiée en 1927 dans *The Prac titioner de Londres* dont il donne lecture. Il en décrit une personnelle, dérivée de cette dernière, qui consiste en une invagination du rectum, libéré par voie haute, jusqu'au voisinage de l'anus, grâce à une canule en forme de champignon qui sert en même temps au nettoyage du conduit.

Comment meurent les néoplasmes du col de l'utérus. — MM. Labry et L. Durand apportent 10 observations de néoplasmes du col avec infiltration des paramètres dont l'état ureterorénal a été particulièrement suivi. Seuls les examens spéciaux (urographie intraveineuse surtout) permettent d'affirmer un retentissement rénal qui n'existe d'ailleurs que dans 70 % des cas. La notion classique d'atteinte rénale par blocage uretéral ne doit donc pas être admise sans réserve.

Héminéphrectomie sur un rein unique à deux bassinets. — M. E. Chauvin. — Dans un rein d'aspect normal, sans amorce de division et possédant un seul pédicule, mais dont le hile contenait deux bassinets accolés, l'auteur a pu extirper le bassinet supérieur hydronéphrotique avec la portion de parenchyme correspondante. Il insiste sur la facilité relative de l'hémostase par des fils de gros catguts passés avec l'aiguille d'Escat selon une technique qu'il décrit.

Sur le traitement préventif et curatif des phlébites post-opératoires par les dérivés de la coumarine. — M. K. Creysel. — L'auteur, partisan convaincu d'une thérapeutique active dans les phlébites post-opératoires, a utilisé dans de nombreux cas, soit à titre préventif, soit à titre de traitement abortif d'une phlébite débutante, soit à titre de traitement d'une phlébite confirmée l'activité des dérivés de la coumarine (sel de lithium de la 3,3' méthylène bis 4.4' hydrobenzo et pyrone).

C'est uniquement aux cas de phlébites conformées, avec symptomatologie complète, qu'il consacre cette communication. Il montre dans une série d'observations, la rapide résolution obtenue par ce traitement, avec guérison de la phlébite et reprise de la marche dans des délais variant de 10 à 25 jours. Il insiste sur la nécessité d'observations répétées pour établir la valeur véritable du traitement, l'absence d'incidents ultérieurs et l'exacte posologie.

Indications et résultats de la gastrectomie totale. A propos de 38 cas. — M. R. de Vernejoul apporte les observations de 38 gastrectomies totales ainsi réparties :

29 pour cancer de l'estomac,
4 pour ulcus juxta-cardiaques,
5 pour ulcus peptiques récidivants après gastrectomie.

Les résultats immédiats furent les suivants :

9 morts sur les 29 cas de cancer,
1 mort sur les 4 ulcus,
0 dans les cas d'ulcus peptiques.

Les résultats éloignés sont les suivants :

Sur les 20 cancers ayant survécu à l'opération : 2 perdus de vue, 6 récidives ou métastases, 13 en bonne santé dont 1 depuis neuf ans, 5 depuis moins de trois ans, 7 depuis moins d'un an.

Sur les 21 malades ayant survécu, 9 sont opérés depuis moins d'un an, les 12 autres sont dans un état très satisfaisant, quelques-uns dans un état excellent.

A propos de ces 38 observations, M. de Vernejoul étend les indications et les conditions susceptibles d'améliorer les résultats.

En ce qui concerne les indications, on peut conclure que le cancer de l'estomac reste l'indication majeure de la gastrectomie totale qui peut être une opération de nécessité dans les tumeurs haut situées, très étendues ou infiltrantes, ou une opération de principe, exérèse discutable dans les tumeurs de l'antre sans envahissement ganglionnaire.

Dans les ulcus juxta-cardiaques et les ulcus peptiques, l'indication de la gastrectomie totale est discutable. Elle semble devoir souvent céder le pas à l'opération de Draystedt, moins grave.

Les conditions susceptibles d'améliorer les résultats tiennent à la technique. L'auteur s'est rallié à l'excellente technique décrite par Lefebvre qui présente l'avantage de donner un jour excellent sur la région, de diminuer le danger de désunion des sutures, d'assurer un bon revêtement séreux de l'anastomose.

Dans quelques cas déterminés, très haut situés, la voie thoracique permet de sectionner l'œsophage plus haut et d'obtenir une anastomose plus facile à réaliser et plus solide ; combinée à la voie abdominale, elle constitue la voie d'abord de Gardock que l'auteur a utilisée dans plusieurs cas.

Les résultats seront enfin améliorés par un excellent choix de l'anesthésie, par les méthodes de réanimation et par les nouveaux procédés de lutte anti-infectieuse.

Enclouage médullaire dans la réduction sanglante des luxations congénitales. — MM. Guilleminet, J. Marion et A. Makhlouf. — Description d'une technique de réduction sanglante, variante de l'opération décrite par Leveuf et Bertrand. La modification consiste dans la suppression de la résection trapézoïdale basicervicale. Les auteurs préfèrent une ostéotomie sous-trochantérienne complétée ou non par une petite résection segmentaire de la diaphyse. La contention des fragments est enfin assurée par enclouage intra-médullaire. Une série de radiographies illustre la correction de cette réduction.

A propos de la pneumonie dans l'abcès du poumon. — M. J. Dor. — A props de 17 cas de pneumonie pour abcès, Dor fait un plaidoyer pour l'intervention en deux temps et l'abord large du foyer. Il insiste aussi sur le repérage de la cote ou des cotes à enlever grâce à l'injection de bleu de méthylène et sur la nécessité de réséquer les espaces intercostaux artères et veines comprises.

La réduction sanglante dans les luxations et subluxations congénitales de la hanche. A propos de dix observations personnelles. — M. Salmon détaille dix observations qui se décomposent ainsi : subluxations et luxations résiduelles : 3 ; luxations non traitées : 4 ; luxations traitées antérieurement par butée ou ostéotomie : 2 ; subluxation non traitée ; 1.

L'auteur n'a observé aucune mortalité. Un seul accident sérieux, nécrose de la tête fémorale, probablement par ischémie.

M. Salmon ajoute quelques commentaires : nécessité d'établir le bilan complet des lésions par la prise de nombreux clichés radiographiques ; membre en rotation externe, en rotation interne, profil, trois quarts. Ces clichés multiples permettent de reconnaître exactement la situation de la tête, ses rapports avec l'os iliaque. Un seul cliché est très souvent trompeur.

La technique opératoire est celle décrite par le professeur Leveuf, à quelques détails près ; perfusion sanguine per-opératoire systématique, confection d'un toit placé entre deux lambeaux capsulaires dans certains cas ; conservation d'un large pédicule nourricier à l'épiphyse fémorale supérieure (muscle vaste, psoas) condition essentielle pour éviter la nécrose de la tête dans les cas de raccourcissement.

Les résultats sont dans l'ensemble très satisfaisants chez l'enfant jeune, ils sont moins beaux après 12 ans, l'enraidissement de la hanche étant la séquelle la plus redoutable.

M. Salmon conclut, après M. Leveuf, qu'il y a un intérêt considérable à réduire la luxation le plus tôt possible. L'âge optimum paraît être 3 ans. Chez le jeune enfant, il faut poser les indications opératoires avec la plus grande prudence.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 15 janvier 1947

Etude statistique de 130 cas d'artérites observées de 1937 à 1946. Résultats thérapeutiques. — MM. L. Langeron, P. Langeron et C. Amaudru rapportent les résultats thérapeutiques d'une statistique de 130 cas observés ces dernières années et discutent les différents points soulevés par l'examen de ces cas, classification clinique, indications respectives des procédés médicaux et chirurgicaux, résultats obtenus. Ils insistent sur la nécessité de l'artériographie systématique et sur la tendance aux traitements chirurgicaux précoces, malgré que les procédés médicaux, infiltrations et radiothérapie, soient susceptibles de donner souvent des résultats satisfaisants.

Une cause fréquente du syndrome dénommé « appendicite chronique » : la brièveté de l'artère appendiculaire. — M. Billet opérant de nombreux enfants pour appendicite chronique qui ne présentent, en fait, aucun signe clinique autre

qu'une douleur plus ou moins nette dans la fosse iliaque droite, douleur que la radiographie localise au cæcum, a cherché quelle pouvait être la cause de ce syndrome douloureux. Les examens de l'appendice sont négatifs et cependant l'opération est habituellement suivie de guérison définitive. L'auteur croit avoir trouvé cette cause dans une disposition de l'artère appendiculaire, qu'il retrouve à peu près toujours chez ces malades : en effet, au lieu d'aborder l'appendice à sa base, il ne l'aborde que dans son milieu et même au delà ; il en résulte une traction exercée par le vaisseau sur l'appendice, traction qui détermine une coudure de l'organe et peut être la cause des douleurs ressenties par les malades.

Cette disposition de l'artère oblige, en outre, le chirurgien à employer deux fils séparés pour la ligature de l'appendice et pour celle du méso, dont la longueur atteint parfois plusieurs centimètres, à la hauteur de l'insertion de l'appendice sur le cæcum.

A propos de certaines indications broncho-pulmonaires de la cure d'Allevard. — MM. P. Lamelin et Passa rappellent d'abord le caractère sédatif de la Station, lié à sa moyenne altitude, à l'absence de vents, à la proximité des forêts ; la nature non seulement sulfureuse, mais aussi carbo-gazeuse de ses eaux ; leur utilisation de base sur une méthode crénothérapique née à Allevard : l'inhalation chaude ou froide.

Puis, après avoir énuméré les affection d'O. R. L. qui ressortissent de la Station, ils analysent les maladies broncho-pulmonaires qui y sont traitées avec fruit :

maladies catarrhales : rhinobronchites descendantes, bronchites chroniques et emphysème, bronchites des cardiaques ;

maladies pyogènes : dilatations bronchiques pures ou associées à des lésions de sinusite chronique (syndrome de Gardère et Mounier-Kuhn), séquelles d'abcès du poumon ;

maladies spasmodiques : asthme essentiel, asthmes secondaires, séquelles de coqueluche.

Séance du 29 janvier 1947

Un cas de spirochœtose ictéro-hémorragique. Forme méningée, peu ictérique. — MM. L. Langeron et P. Michaux présentent un cas de cette maladie, rare dans notre région, d'autant plus intéressant qu'il s'agit d'une forme peu ictérique, jaune pâle, bien que l'ictère ait débuté avec le premier clocher thermique. La malade évolua ensuite selon l'allure classique, avec une période d'apyrexie suivie d'une reprise thermique et ictérique. La guérison fut complète dès le vingtième jour de la maladie. A noter l'importance des phénomènes méningés qui, avec l'hépatonéphrite, orientèrent les recherches dès le début de la maladie.

A aucun moment il n'y eut de spirochœturie. Le diagnostic fut confirmé par la séroréaction de Martin et Petit. La contamination semble due à des blessures superficielles au cours de parties de pêche dans les marais de la Somme.

A propos d'un cas de recto-colite hémorragique évoluant avec lésions d'ostéoarthrite vertébrale à type de mal de Pott. — M. P. Capron rapporte un cas très rare de recto-colite hémorragique avec lésions rectoscopiques typiques, associée, au cours de son évolution, à l'éclosion inattendue de lésions radiologiques très nettes de mal de Pott lombaire avec écrasement vertébral et disparition du disque intervertébral L3-L4.

Une discussion pathogénique fait envisager différentes hypothèses, sans qu'il soit possible d'avancer la conclusion formelle.

— Recto-colite hémorragique établie sur un terrain tuberculeux, appuyant la thèse qui fait de la recto-colite une tuberculose atypique, relevant de la tuberculinothérapie.

— Syndrome arthrodigestif à localisation tout à fait exceptionnelle.

— Existence d'une lésion para-vertébrale ayant, dans un premier temps, réalisé une irritation sympathique traduite par le syndrome de recto-colite et, dans un deuxième temps, une atteinte du squelette avec lésions destructrices.

Un cas de réinfection syphilitique. — M. David. — Un homme de 47 ans a eu, en 1921, une syphilis qui a été énergiquement traitée et apparemment guérie, cliniquement et sérologiquement. En janvier 1946, il présente une petite plaie croûteuse du sillon balano-préputial avec volumineuse adénopathie inguinale bilatérale, durant depuis environ un mois. Le diagnostic clinique de chancre syphilitique est confirmé par la présence du tréponème ; les réactions sérologiques, négatives depuis de nombreuses années, sont redevenues fortement positives. La femme du malade, source de la première contagion et elle aussi apparemment guérie, semble avoir échappé à la réinfection ; ses réactions sérologiques sont restées entièrement négatives, mais elle présente, en janvier 1947, deux gommes de la jambe gauche.

A l'occasion de cette observation, l'auteur reprend les différents termes qui ont été employés pour qualifier ces cas. Avec Milian, il lui paraît légitime de conserver le vocable de « réinfection ». De tels faits, regardés comme impossibles au temps de Fournier, ne sont plus rares aujourd'hui ; selon la remarque récente de M. Leider, ils sont appelés à devenir de plus en plus fréquents, en raison de l'activité des traitements employés actuellement contre la syphilis.

NOTES DU PRATICIEN

La pénicilline au secours du médecin de campagne

Sans prétendre apporter du nouveau concernant la pénicilline, je voudrais en ces quelques lignes montrer les possibilités réelles que permet à la médecine de campagne l'emploi du médicament que les praticiens manient journellement depuis la vente libre dans l'officine des pharmaciens.

Suivent ici 20 cas pris par ordre chronologique dans ma pratique courante. Nous verrons plus loin quelles conclusions se dégagent de ce bref exposé.

Cas I. — M. M... Olinto, 75 ans. — Lymphangite de l'avant-bras consécutive à une infection de la main. Ganglions épitrochléens. Etat stationnaire après absorption de 20 grammes de sulfathiazol. Pénicilline 300.00 unités à raison de 20.000 toutes les trois heures. Guérison définitive.

Cas II. — Mme P... Reine, 30 ans. — Rhumatisme infectieux aigu à streptocoque et staphylocoque (prélèvement pharyngé). Porte d'entrée par infection rhinopharyngée résistant au traitement local et sulfadiazine. Apparition brutale d'un syndrome polyarticulaire aigu avec température et ankylose douloureuse. Pénicilline 400.000 unités, 20.000 toutes les trois heures. Guérison. Rechute quelques jours après. A nouveau 400.000 unités. Guérison définitive.

Cas III. — Mlle Ch... Madeleine, 22 ans. — Angine à staphylocoques d'apparence grave résistant aux sulfamides par ailleurs mal tolérés. Pénicilline 20.000 unités. Guérison.

Cas IV. — Mme M... Pierrine, 27 ans. — Lymphangite du sein. Pénicilline 400.000 unités. Résolution sans suppuration après avoir semblé évoluer vers l'abcès.

Cas V. — M. S..., 25 ans. — Blennorragie. Echec traitement au sulfathiazol et gonacrine à 2 %. Pénicilline 200.000 unités. Guérison. Lame négative, mais écoulement persistant pendant trois jours, comme si l'organisme n'avait pu s'adapter rapidement à la nouvelle situation.

Cas VI. — M. P... Louis, 38 ans. — Séquelles de blennorragie, prostatite, réactions orchitiques, goutte matinale parfois avec gonocoque exocellulaire. Traitements habituels : massage, antiseptiques, vaccins. Pénicilline 200.000 unités, 50.000 chaque fois en douze heures. Lame : quelques formes dégénérées, cocci gram négatif. Deuxième cure 100.000 unités. Guérison.

Cas VII. — Mme P... Georgina, 34 ans, épouse du précédent. — 400.000 unités, 50.000 toutes les trois heures. Prélèvement sur le col : négatif.

Cas VIII. — Mlle R... Gilberte, 16 ans. — Blennorragie traitée sans résultats avec sulfathiazol et gonacrine à 2 %. Pénicilline 200.000 unités et traitement local. Guérison.

Cas IX. — Mme D... Augusta, 37 ans. — Salpingo-ovarite, poussée aiguë. T. V. : culs-de-sac hyperdouloureux, empâtés et durs. Température 40. Pénicilline 800.000 unités, 20.000 toutes les trois heures. Chute de la température au troisième jour et T. V. non douloureux, ovaire gauche à peine sensible et perceptible dans le cul-de-sac.

Cas X. — M. M... Jacques, 49 ans. — Enorme furoncle du cou. Pénicilline 300.000 unités. Guérison.

Cas XI. — Enfant B... José, 3 ans. — Bronchopneumonie gauche traitée pendant trois jours par les moyens habituels et sulfamides (0,10 kgrs par kilo de poids corporel). Sans résultat Pénicilline 200.000 unités, chute de la température en 24 heures.

Cas XII. — Enfant P..., Hélène, 7 ans. — Furoncle de l'aile du nez. Pénicilline 400.000 unités. Guérison.

Cas XIII. — M. C... Jean, 75 ans. — Otite de l'oreille moyenne, avec participation mastoïdienne à allure torpide (38°). 300.000 unités de pénicilline par 24 heures en association avec adiazine et instillations locales de produits sulfamidés. Diminution, puis disparition des douleurs et baisse de la température jusqu'à 37°4 et diminution de l'œdème local. En tout 600.000 unités de pénicilline.

Cas XIV. — M. G..., 19 ans. — Furoncle lèvre inférieure. Malgré 20 grammes d'adiazine, pas d'amélioration locale. 400.000 unités de pénicilline amènent la guérison.

Cas XV. — M. D..., 39 ans. — Dermite de la face à staphylocoque doré. Après divers traitements sans résultats, 1.000.000 d'unités de pénicilline, 400.00 le premier jour et 200.000 les jours suivants.

Cas XVI. — M. M... Frédéric, 33 ans. — Sycosis de la barbe traité depuis un an sans résultat. Pénicilline 400.000 unités (40.000, puis 20.000 par piqûre). Localement : compresses avec solution titrée à 1.000 unités par cc. Grosse amélioration, il subsiste un petit foyer au centre du menton, qui disparaît avec 100.000 unités supplémentaires.

Cas XVII. — Mme P... Marie-Thérèse, 22 ans. — Réactions méningées après sinusite frontale. Pénicilline 1.000.000 d'unités. Guérison.

Cas XVIII. — Mme F..., 45 ans. — Ulcère variqueux infecté. Lymphangite, abcès multiples au niveau du tissu cellulaire avoisinant. Pénicilline 1.000.000 d'unités avec association avec sulfamides. Localement compresses avec solution pénicillinée à 1.000 unités par cc. Guérison.

Cas XIX. — Mme C..., 60 ans. — Abcès fessier après piqûre médicamenteuse. Pénicilline 600.000 unités amènent la guérison sans incision.

Cas XX. — Mme P..., 75 ans. — Pneumonie base gauche. Pénicilline 600.000 unités. Guérison en cinq jours.

Ces quelques observations, qu'à l'heure actuelle tout praticien peut publier, nous permettent d'apporter les conclusions suivants :

I. La pénicilline représente pour le médecin de campagne isolé des centres de traitements, une arme de choix l'autorisant, dans certains cas, à se passer de l'aide du spécialiste. Il est évident qu'il ne peut pas en être toujours ainsi, mais dans l'attente du chirurgien, le médecin pourra commencer un traitement susceptible de minimiser l'intervention.

II. L'emploi de la pénicilline considéré comme agent anti-infectieux général permet ainsi d'attaquer la maladie quel que soit l'organe touché. Le praticien peut dire qu'il est vraiment « de médecine générale ».

III. Comme toujours, le succès dépend de l'indication thérapeutique et de la dose nécessaire.

IV. Il est facile, même en campagne, de trouver un auxiliaire capable de faire une piqûre toutes les trois heures afin d'éviter une hospitalisation, simplement pour traitement, jusqu'au jour où la pénicilline-retard pourra arriver jusqu'à nous.

Quant à la pénicilline résistant à la chaleur, du type « Spécilline », elle nous évitera l'ennui de conserver à la glace les précieux petits flacons.

L'heureuse sensation qui résulte de l'emploi de la pénicilline est, ce que nous ressentions déjà, mais à un moindre degré, avec les corps sulfamidés : nous sortons enfin de l'expectative, pour attaquer notre vieille ennemie, la Maladie.

LIVRES NOUVEAUX

Tumeurs intracraniennes, par R. THUREL, ancien chef de clinique à la Salpêtrière, neura-chirurgien de l'Hôpital Américain de Paris. Un volume de 106 uages, avec 41 figures. Masson et Cie, éditeurs. Paris, 1947.

Les médecins trouveront dans ce livre, non pas une revue générale sur les tu? meurs intracraniennes, mais ce qu'ont appris à l'auteur vingt ans de pratique médico-chirurgicale aux côtés d'Alajouanine et De Martel.

Il y est question de toutes les néoformations développées à l'intérieur de la boîte cranienne, car, pour ce qui est de la symptomatologie, ce n'est pas la nature de la néoformation qui compte le plus, mais sa localisation et son volume. Par la place qu'elle occupe, la néoformation ne va pas sans retentir sur les éléments nerveux voisins et augmenter la tension intracranienne. Pourvu qu'elle se développe lentement et tant qu'elle ne dépasse uas un certain volume, la néoformation est bien tolérée par le cerveau, qui se laisse refouler sans réagir : elle se crée de la place aux dépens du sang circulant et surtout du liquide céphalo-rachidien, à condition évidemment que celui-ci puisse gagner les aires de résorption de la convexité cérébrale. Que la néoformation ait un développement rapide, il se produira un œdème réactionnel du cerveau ; qu'elle empêche le liqnide de circuler, celui-ci par son accumulation sera le principal responsable de l'hypertension intracranienne.

La plupart des malades meurent parce qu'ils ont de l'œdème cérébral ou une hydrocéphalie ; aussi le but à atteindre est-il de reconnaître la néoformation et d'intervenir avant qu'il n'en soit ainsi, ou, à défaut d'un diagnostic suffisamment précoce, de mettre tout en œuvre pour obtenir une diminution préalable de l'hypertension intracraniene.

Le diagnostic constitue donc la partie essentielle. De plus, sa pratique des tumeurs cérébrales a permis à l'auteur de tirer des déductions intéressantes concernant l'anatomie, la physiologie et la physiopathologie nerveuses.

La désinsertion extra-pleurale des symphyses pulmonaires sous contrôle de la pleuroscopie (opération de Michetti, par Jean BRAILLON, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-chef du sanatorium d'Angicourt. 16×24, 120 pages, 25 figures : 240 francs (Baisse de 10 %, non comprise). Maloine, éditeur à Paris.

Le pneumothorax reste, quand il est complet, le meilleur traitement de la tuberculose pulmonaire, mais les adhérences, brides ou symphyses, le rendent inefficace et dangereux. La section de brides classique ne peut libérer que des adhérences très limitées, elle est impossible dans les cas fréquents où les adhérences sont étendues. Ces cas sont désormais justiciables d'une nouvelle opération, la désinsertion extra-pleurale, qui consiste dans le décollement du poumon symphysé, par clivage de l'espace extra-pleural, sous le contrôle du pleuroscope, comme dans la section de brides.

Cette opération est peu douloureuse et peu choquante ; elle peut réussir dans des cas où aucun autre traitement n'était possible, ses indications sont très fréquentes puisqu'elles s'étendent à la majorité des pneumothorax incomplets et inefficaces, sa technique est cependant délicate et minutieuse. L'auteur s'est attaché à la décrire avec clarté et précision à l'aide de dessins et de schémas en se basant sur l'expérience acquise au cours de 165 désinsertions. Cette technique intéresse tous les sectionneurs de brides car elle rend plus faciles et plus sûres les sections de brides dangereuses et améliore leurs suites opératoires. Parmi les chapitres les plus intéressants, signalons ceux qui sont consacrés aux désinsertions médiastinales, aux hémorragies intra-pleurates, au traitement chirurgical des symphyses précoces, au traitement de l'inertie cavitaire par la faradisation pulmonaire.

L'auteur a tenu à préciser l'évolution post-opératoire et les résultats éloignés chez ses 165 opérés. Les malades opérés depuis un an à trois ans, comprennent 75,8 % de résultats éloignés excellents. Cette statistique, qui est confirmée par celles de Michetti et de Marmet, permet de classer la désinsertion extra-pleurale parmi les meilleurs traitements de la tuberculose pulmonaire.

La Gynécologie indispensable. Méthodes actuelles d'examen et de traitement (2e édition), par André BINET, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Nancy. Un vol. de 576 pages, 318 figures. (L'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e.) Relié 1.300 francs — 10 % = net 1.170 francs.

Voici un livre essentiellement pratique. Nous y retrouvons le lumineux talent d'exposition du professeur Binet, de Nancy. Cet ouvrage connaîtra une faveur plus grande encore que celle de la première édition, depuis longtemps épuisée — car tous les chapitres en ont été révisés pour tenir compte des acquisitions les plus récentes de la clinique et du laboratoire.

En un raccourci saisissant, étudiants et praticiens sont mis au courant des méthodes modernes d'examen et de traitement utilisées en gynécologie.

« La Gynécologie indispensable » est divisée en quatre parties. La première traite de l'examen gynécologique tel qu'il doit être pratiqué par un médecin avisé pour aboutir à un diagnostic exact.

La seconde partie est consacrée à la thérapeutique générale des maladies de la femme. Toutes les ressources médicales, chimiothérapiques, physiothérapiques et chirurgicales dont nous disposons aujourd'hui y sont étudiées.

Avec la troisième partie, l'auteur aborde le traitement spécial des troubles fonctionnels de l'appareil génital.

Enfin, dans la quatrième partie est exposé le traitement des légions organiques de cet appareil.

Mais la thérapeutique préconisée par le professeur Binet n'est pas une thérapeutique empirique. Elle est, au contraire, compréhensive et raisonnée et s'étaie sur une connaissance aussi précise que possible de l'étiologie, de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, du tableau clinique de la maladie.

Le livre est donc écrit dans un esprit essentiellement didactique et c'est ce qui en fait la valeur. Il s'adresse à l'intelligence et à la raison du lecteur, beaucoup plus qu'à sa mémoire. Il néglige les détails de prescriptions qui varient au gré de chacun, encombrent et obscurcissent certains « formulaires gynécologiques ».

Le volume, d'une lecture facile et agréable, est fort bien présenté et abondamment relevé d'illustrations aussi limpides que le texte lui-même.

Ainsi compris, cet ouvrage est appelé à prendre place parmi les « classiques » de la bibliothèque de l'étudiant et du médecin.

Les tumeurs et les polypes du cœur, étude anatomique par Ivan MAMAIM. Préface du professeur J.-L. NICOD (de Lausanne). Un volume de 570 pages avec 67 figures. Masson et Cie, éditeurs. Paris, 1947.

Parce que fréquemment elles sont fatales, parce qu'elles sont jugées à priori hors des atteintes de la thérapeutique, le clinicien trop souvent range les tumeurs du cœur parmi ces curiosités de la pathologie qu'il laisse aux musées, aux collectionneurs, aux morphologistes. Parce que leurs structures sont assez habituellement difficiles à déchiffrer, modifiées qu'elles sont par des accidents évolutifs divers, l'anatomiste et l'histologiste ne se donnent pas toujours la peine de les étudier avec tout le soin qu'elles méritent.

Les tumeurs du cœur ne sont probablement pas beaucoup plus rares que les tumeurs cérébrales, fait très justement remarquer l'auteur. Autrefois on ne faisait pas le diagnostic de ces tumeurs, or, les neuro chirurgiens, depuis que le soupçon clinique est devenu plus actuel, en trouvent un nombre important, au point que Cushing a pu opérer, en 1931, 2.000 cas de tumeurs cérébrales.

La spécialisation permettra certainement de constater que de leur côté les tumeurs du cœur ne sont pas seulement des curiosités pathologiques. C'est ce que montrera la lectrue de ce beau livre que vient d'écrire un praticien expérimenté et de préfacer un éminent anatomo-pathologiste.

Depuis vingt ans l'auteur étudie conjointement la clinique des cardiopathies et les lésions anatomiques et histologiques qui les occasionnent ou qui en dépendent. Ses nombreux travaux sur le tissu spécifique du cœur, les divers troubles du ryuhme cardiaque, ont f urni la preuve que des recherches minutieuses et patientes étaient susceptibles d'apporter la démonstration de désordres organiques primaires, permettant ainsi de réduire de plus en plus les limites des troubles purement fonctionnels.

La confrontation des signes cliniques, de l'évolution des cas et des résultats anatomiques et histologiques amène l'auteur à préciser les éléments essentiels du diagnostic et des possibilités de traitement.

La Streptomycine. Etude expérimentale et thérapeutique, par le Dr Alphonse ABAZA, médecin assistant des hôpitaux de Paris. Collection de la « Pratique médicale illustrée », directeurs Sergent, Mignot et Turpin. Un vol. gd in-8° de 94 pages, prix 220 francs. Gaston Doin et Cie, éd., Paris, 1947.

Dans une introduction où sont définis et étudiés les antibiotiques d'origine fungique dont la pénicilline est le premier exemple, l'auteur rappelle les espoirs qu'a fait naitre, en 1941, la découverte de la streptomycine par Waksman et Woodruff à la Rutgers University (U. S. A.). Celle-ci est active contre un petit nombre de germes Gram positifs, et elle entrave avant tout la multiplication des germes Gram négatifs. Elle exerce une action inhibitrice puissante contre le bacille de la tuberculose « in vitro » et chez l'animal d'expérience, l'expérimentation, les applications thérapeutiques sont étudiées avec beaucoup de clarté par l'auteur. Il montre avec précision ce qu'on peut attendre de la streptomycine et ce qu'on est en droit d'espérer par l'étude patiente des milliers de champignons qui doteont la thérapeutique de nouveaux antibiotiques encore plus puissants.


INNOVATIONS
innothéra
THÉRAPEUTIQUES
SYMPATHYL
RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF
3 à 8 comprimés par jour
INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)


Comment prescrire le Ganidan
Sulfamide spécifique des infections intestinales
GANIDAN
Comprimés à 0g50
DIVISER LA DOSE QUOTIDIENNE EN DEUX PRISES SEULEMENT
TRAITEMENT D'ATTAQUE
(2 à 3 jours)
DOSES JOURNALIÈRES
Nourrissons : 2 comprimés
Enfants : 4 à 8 comprimés
Adultes : 8 à 12 comprimés
PUIS POSOLOGIE DÉGRESSIVE
Traitement de 5 à 8 jours
Boissons abondantes
Specia
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques Poulenc frères et Usines du Rhône
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8e

Dépôt légal. — 1947. — 3e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 38. — SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1947 — 20e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. Chèques Postaux Paris : 2538 76

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — Rédacteur en chef : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France .... au lieu de ....375 fr.	356 fr.
Un an : étudiant .... au lieu de................200 fr.	190 »
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat en médecine 1947

Jury des épreuves écrites anonymes. — MM. les Drs Milliez, Domart, médecins ; Lemariey, oto-rhino-laryngologiste ; Robey, gynécologue-accoucheur ; Calvet, Laurence, Prévost, Huber, Justin Besançon, médecins ; Sauvé, Mocquot, Deniker, chirurgiens.

Concours pour les prix à décerner à MM. les Internes en médecine de quatrième année (année 1947-1948).. Concours de chirurgie et d'accouchement.

L'ouverture de ce concours aura lieu le jeudi 23 janvier 1948, à 9 heures, à la salle du Conseil de Surveillance de l'Administration, 3, avenue Victoria, 2e étage.

Les internes qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de Santé de l'Administration, 3, avenue Victoria, escalier A, 2e étage, tous les jours, de 14 à 17 heures, du mardi 4 novembre au vendredi 14 novembre 1947 inclusivement (samedis, dimanches et fetes exceptés).

Le Mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Bureau du Service de Santé, au plus tard le vendredi 14 novembre 1947, à 17 heures, dernier délai.

Hospices civils de Strasbourg. — Un concours pour la nomination d'externes et d'internes des hospices civils de Strasbourg s'ouvrira le 4 novembre 1947.

Le nombre de places mises au concours est de neuf places d'internes, six places d'externes en premier et seize places d'externes.

Sont admis à concourir à l'externat : Les étudiants de nationalité française possédant au moins quatre inscriptions validées ; à l'internat : tous les externes des hôpitaux d'une ville de faculté, de nationalité française, ayant exercé pendant dix-huit mois au moins leurs fonctions et possédant au moins douze inscriptions validées ; et, exceptionnellement, par dérogation spéciale, les externes des hospices de Strasbourg qui ont été reçus au deuxième concours spécial d'externat des hospices civils de Strasbourg de juillet 1946.

En outre, peuvent être admis à concourir à l'externat et à l'internat les candidats n'ayant pas la nationalité française ; s'ils sont admis au concours, ils seront nommés dans un cadre spécial et placés en surnombre dans les services.

Les dossiers des candidats doivent être déposés ou adressés par pli recommandé à la Direction départementale de la Santé, 5, rue du Palais, à Strasbourg, au plus tard le 12 octobre 1947.

GUERRE

Institution du titre d'interne des hôpitaux de l'armée. — Par décret en date du 11 août 1947 est institué un titre d' « interne des hôpitaux de l'armée ». Ce titre est acquis au concours.

Peuvent seuls y prendre part, sous réserve de l'autorisation du directeur de l'école du service de Santé militaire, les élèves de cette école qui, réunissant au moins douze inscriptions et seize au plus, ont subi avec succès les examens de fin d'année correspondant aux inscriptions dont ils sont titulaires.

Les conditions et le programme du concours font l'objet d'une instruction du ministre de la Guerre.

Les candidats nommés après chaque concours sont pourvus d'emplois d'internes des hôpitaux de l'armée dans les hôpitaux militaires situés dans des villes de faculté et dont les chefs de service sont professeurs agrégés au Val-de-Grâce, médecins ou chirurgiens des hôpitaux militaires.

Les internes des hôpitaux de l'armée poursuivent leurs études médicales à la faculté de médecine de la ville où ils sont détachés et jouissent à cet effet d'un droit d'inscription prioritaire. Ils accomplissent certains stages dans les services des hôpitaux militaires après entente entre le doyen de la faculté et le directeur du service de Santé de la région intéressée. Les autres stages sont accomplis dans les hôpitaux civils. (J. O., 17 août 1947.)

SANTE PUBLIQUE

Qualification des médecins spécialistes

Par arrêté en date du 23 août 1947, dans chaque région de Sécurité sociale est instituée, pour chacune des spécialités médicales visées par la nomenclature générale des actes professionnels, une commission chargée d'établir une liste des spécialistes qualifiés.

Cette commission, dont les membres sont nommés par le ministre de la Santé publique, comprend :

Président : Un médecin spécialiste de la discipline intéressée, membre du corps enseignant de la Faculté de médecine, dans le ressort de laquelle se trouve le siège de la direction régionale de la Sécurité sociale ; deux médecins spécialistes proposés par le Conseil national de l'Ordre des médecins ; deux médecins spécialistes proposés par le Syndicat national le plus représentatif de la spécialité intéressée. Le directeur de la Santé du département où

siège la commission et le médecin conseil régional de la Sécurité sociale assistent à la commssion compétente.

Les demandes de qualification des spécialistes sont adressées au Conseil départemental de l'Ordre des médecins, qui les transmet obligatoirement avec son avis à la commission avec voix consultative.

La liste établie par la commission est soumise à l'agrément du ministre de la Santé publique et notifiée par lui au ministre du Travail et de la Sécurité sociale.

Les médecins dont la qualification a été refusée par la commission ou qui n'ont pas été agréés par le ministre de la Santé publique, peuvent faire appel de la décision rendue devant une commission nationale siégeant auprès du ministre de la Santé publique ; cet appel doit être formé dans le délai d'un mois qui suit la date de notification à l'intéressé du refus d'inscription ou de l'agrément.

Le ministre du Travail peut également, et dans le même délai, interjeter appel.

(J. O., 4 septembre 1947.)

Médecins inspecteurs stagiaires de la Santé. — Un concours pour la nomination de médecins inspecteurs stagiaires (trente places au minimum) sera ouvert dans le courant de 1947. Un avis, précisant les conditions dans lesquelles aura lieu ce concours, sera publié au « Journal Officiel. » (J. O., 9 septembre 1947.)

Jurys des concours de l'internat en médecine des hôpitaux. — Un arrêté du 4 septembre (J. O., 10 sept. 1947) modifie l'article 7 de l'arrêté du 30 novembre et précise que les jurys des concours pour le recrutement des internes en médecine des hôpitaux des villes qui ne sont le siège ni d'une faculté ni d'une école, pourront, par décision ministérielle spéciale, être composés de praticiens en exercice ou honoraires des hôpitaux de plus de 200 lits.

Il n'y a pas de modification en ce qui concerne la présidence.

Groupement de phtisiologie infantile

La seconde journée de Phtisiologie infantile se tiendra à Paris, le vendredi 10 octobre, sous la direction du prof. Et. Bernard.

La séance du matin aura lieu, à 9 h. 30, au Comité National contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel. Les rapports suivants seront présentés :

Prof. Et. Bernard et Cros-Decam : La tuberculose pulmonaire évolutive de l'enfant et les indications de la cure hygiéno-climatique. — Douady et Lotte : Etude de la tuberculisation de la population scolaire en France en 1946-1947. — Joly : Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant.

La séance de l'après-midi se tiendra à 14 h. 30 à l'hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres, amphithéâtre Jean-Troisier. Des communications seront présentées par :

MM. Lesne, prof. agr. Julien Marie (Paris), prof. Gernez-Rieux (Lille), Piéchaud et ses collaborateurs (Bordeaux), Béthoux (Grenoble), MM. Pres (Genève), Wasserfallen (Leysin) et Wisler Davos), Martinet (Sallanches), Imbert (Toulon), Tissot (Saint-Gervais) et Lowys (Le Roc-des-Fiz).

INTERIEUR

Hôpitaux d'Algérie. — Le J. O. du 12 septembre publie un décret relatif aux hôpitaux et hospices autonomes d'Algérie.

Vaccination antidiphtérique. — Le J. O. du 12 septembre publie un décret portant application à l'Algérie de la loi du 25 juin 1933 rendant obligatoire la vaccination antidiphtérique.

Laboratoires d'analyses. — Le même numéro du J. O. publie un décret étendant à l'Algérie la loi du 18 mars 1946 portant statut des laboratoires d'analyses.

Masseurs médicaux. — La loi du 30 avril 1946 réglementant l'exercice des professions de masseur médical et de pédicure est rendue applicable à l'Algérie.

Médaille du professeur Sorrel. — Les amis et les élèves du professeur Sorrel ont décidé de faire frapper une médaille dont l'exécution a été confiée au maître Lavrillier.

Les souscriptions sont reçues par le trésorier, M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). Compte Chèq. Post. 599.

Toute souscription d'une somme de 700 francs donne droit à une reproduction de la médaille.

Société française de Gynécologie. — La séance de rentrée aura lieu le lundi 6 octobre, à 16 heures, à la Faculté de Médecine, salle Pasteur.

XLVe Congrès Français d'Oto-Rhino-Laryngologie

Le XLVe Congrès français d'O.-R.-L. tiendra ses assises au grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris les 21, 22, 23 octobre 1947, sous la présidence du Dr Liébault, de Quimper, avec la présidence d'honneur de M. le professeur Léon Binet, doyen de la Faculté de Médecine.

Questions à l'ordre du jour :

1° Données récentes sur le traitement du cancer du larynx. Rapporteurs : MM. M. Bouchet (Paris), M. Jacod (Lyon), P. C. Huet (Paris), et M. Ombrédanne (Paris) ;

2° La pénicilline en O.-R.-L. et en chirurgie servico-faciale. Rapporteurs : MM. le prof. Piquet (Lille) et J. Leroux-Robert (Paris).

Pendant la durée du Congrès se tiendront des séances opératoires dans les services hospitaliers et une exposition d'instruments et de spécialités O.-R.-L. sera ouverte dans le grand Hall de la Faculté de Médecine.

A l'issue du Congrès est organisée une série de conférences qui auront lieu : le matin, dans le service du prof. Lemaître, hôpital Lariboisière, l'après-midi au petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Jeudi 23 octobre, 10 heures, prof. agr. J. Decourt, Paris) : Les acquisitions nouvelles en pathologie thyroïdienne. — 11 heures, prof. J. Terracol (Montpellier) : Sulfamides et antibiotiques en O.-R.-L. et chirurgie maxillo-faciale. — 17 heures, prof. J. Calvet (Toulouse) : Audition et encéphalographie. — 18 heures, J. Bernard Paris) : Les fièvres ganglionnaires chez l'enfant.

Vendredi 24 octobre, 10 heures, prof. agr. J. Marie : Les troubles de la ventilation pulmonaire par obstruction bronchique chez l'enfant. — 11 heures, R. Causse : Acquisitions récentes dans le domaine de la physiologie de l'audition. — 17 heures, prof. agr. J. Delarue : Aperçus sur les métastases cancéreuses. — 18 heures, prof. agr. E. Halphen : Polypose nasale, son origine toujours sinusale.

Samedi 25 octobre, 10 heures, L. Leroux : La sialographie dans le diagnostic des infections chroniques des glandes salivaires. — 11 heures, R. Bourgeois : Les voies d'abord de l'oreille moyenne.

Durant la semaine du 20 au 26 octobre, des excursions sont prévues pour les congressistes et leur famille : Visite de grands couturiers parisiens, visite de l'atelier de tapisseries des Gobelins, excursions à Senlis, Ermenonville et les 25 et 26 octobre, voyage gastronomique en Bourgogne avec réception par la confrérie des Chevaliers du Tastevin, en son château du Clos-Vougeot.

L'exécution matérielle des transports et du logement à Paris est confiée aux « Voyages Duchemin Exprinter », 26, avenue de l'Opéra, Paris (1er). Tél. Opéra 56-41. Adresse télégr. Voyaducheix, Paris.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr H. Flurin, secrétaire général, 19, avenue Mac-Mahon, Paris (17e), actuellement à Cauterets (Hautes-Pyrénées), ou au Dr H. Guillon, secrétaire général adjoint, 6, avenue Mac-Mahon, à Paris (17e).

XLIe Congrès français d'Urologie

Paris (6 au 10 octobre 1947, à la Faculté de Médecine de Paris).

Séance d'ouverture : Lundi 6 octobre, à 16 heures.

Allocution de M. le Dr E. Perrin, président du Congrès. Rapport de M. le Dr Louis Michon, secrétaire général.

Première séance : Lundi 6 octobre, à 16 h. 30.

Exposé du rapport sur la papillomatose vésicale, par MM. les Drs Louis Michon et Delinotte.

Assemblée générale : Mardi 7 octobre, à 16 h. 45.

Allocution du président. Rapport du secrétaire général. Rapport du trésorier, Dr H. de Beaufond. Choix de la question à mettre à l'ordre du jour. Elections. Questions diverses.

Après l'Assemblée générale, proclamation du prix Taesch.

Nécrologie

On annonce la mort :

— Du professeur Maurice d'Halluin, de Lille, chevalier de la Légion d'honneur, chevalier de Saint-Grégoire le Grand, décédé à Lille, 8, rue Nicolas-Leblanc, le 2 septembre 1947.

— Du Dr Maurice Huas, de Paris.

— Du Dr Edmond Kurzenne, de Jouy-en-Josas, survenue accidentellement à Saint-Jorioz.

Renseignements

Céderais dans meilleures conditions poste médical dans vallée Tarn, près Albi. Ecrire Dr Chauderon, Trébas-les-Bains, Tarn.

Quelques remarques à propos d'un cas de rétrécissement péricolique pelvien

par MM. Serafino, Comiti et Pierre (de Marseille)

Notre intention n'est pas de faire ici un travail général et complet, mais seulement à l'occasion d'une observation, de donner une opinion sur les limites qu'il conviendrait, selon nous, de tracer à cette affection.

Observation

Co..., 45 ans. — Entrée le 8 février 1946 pour occlusion intestinale.

Histoire. — Début le jour même par des coliques dans la région hypogastrique, vomissements bilieux, arrêt des matières et des gaz.

Le 9, à l'examen, abdomen ballonné ; mouvements péristaltiques siégeant dans la région ombilicale et semblant intéresser le grêle.

T. V. : petit bassin — entièrement bâti, on a l'impression de lutter contre un bloc fibreux ; pas de douleurs.

T. R. : on perçoit, en avant du rectum, une masse de consistance ligneuse étranglant le rectum particulièrement en avant. Muqueuse libre.

Le professeur Fiolle pose le diagnostic de rétrécissement péricolique pelvien.

Antécédents. — 1927 : avortement ; 1929 : avortement ayant eu des suites septiques — pertes jaunâtres — la malade a refusé le curettage proposé. Depuis cette date, soignée pour salpingite ; 1931 : aggravation. On propose une hystérectomie qui est refusée. Le 25 décembre 1945, elle entre à l'hôpital pour vomissements, coliques, pas d'arrêt des matières et des gaz, les phénomènes s'amendent spontanément, puis au bout de deux jours, la malade passe en médecine pour bronchite chronique.

La malade, par ailleurs, est une constipée chronique — selle tous les deux ou trois jours avec pilules laxatives. Depuis deux mois, selles rubannées.

Evolution. — Le 9 février 1946 : refuse l'intervention, sérum salé hypertonique I. V. ; le 10 février 1946 : lavement qui ramène des matières, la malade fait quelques gaz ; le 13 février 1946 : la malade accepte l'intervention.

Intervention (professeur Fiolle). — Rachi-anesthésie qui doit être complétée par une A. G. à l'éther. Médiane sous-ombilicale : on tombe sur un bloc fibreux, bâtissant le petit bassin et d'origine génitale ; ce bloc étrangle le rectum.

Extirpation première de l'utérus, puis ablation des annexes droites adhérentes aux parois du petit bassin. L'appendice est noyé dans la masse fibreuse et est extirpé. Evacuation d'une cuillerée à café de pus blanchâtre. Un T. R. montre que le rectum est toujours étranglé. Libération très pénible des anses grêles adhérentes. A ce moment, la perméabilité rectale est devenue suffisante sans être complète.

Fermeture avec Mickuliez.

Suites opératoires. — Le 14 : gaz ; le 17 : selle après lavement ; le 18 : on enlève les mèches ; le 20 : on enlève le sac ; le 27 : la malade a des selles spontanées.

Remarques nosologiques et étiologiques

Depuis la thèse de Kuss (1911) et l'article de J. et P. Fiolle en 1914, cette question qui était restée en sommeil pendant quelques années a de nouveau fait l'objet de différentes communications et travaux d'ensemble (notamment Ferrari et Aubaniac).

En 1946, à la suite de diverses communications de Metivet, de Gosset, etc., Kuss dans une intervention très complète a précisé l'historique et le cadre de la question. Puis M. J. Fiolle a fait une mise au point d'ordre nosologique. *Il a marqué nettement la priorité de M. Kuss dans la description des rétrécissements péricoliques pelviens.*

La lecture des travaux concernant les Fibroses Péri-Métro-Rectales montre en effet que les auteurs ne reconnaissent pas, à cette affection, les mêmes caractères et les mêmes limites. Ils ont des conceptions plus ou moins larges et certains font entrer dans le cadre de la Fibrose Péri-Métro-Rectale des cas que d'autres en excluent. Enfin, certains ont tendance à individualiser sous le terme de Fibrose Péri-Métro-Rectale la phase définitive d'un processus inflammatoire alors refroidi. *Il s'agit, selon le professeur Fiolle, d'un processus fixé et définitif, phase ultime de l'évolution d'une inflammation refroidie.*

Il faut donc bien nettement distinguer :

1° Le *Rétrécissement péricolique pelvien*, appellation générale, ne préjugeant ni de la nature de la cause (abcès — inflammations diverses — sclérose), etc., ni du stade évolutif de l'affection ; la variabilité de ces causes explique que le processus soit susceptible d'être réversible dans un grand nombre de cas.

2° *Les Fibroses Péri-Métro-Rectales* (à part) — ici le processus est irréversible et l'hystérectomie le plus souvent impossible.

La définition de cette entité pathologique paraît être devoir en gros : *rétrécissement extrinsèque du rectum n'affectant que secondairement, et d'une manière contingente, les parois rectales, de siège relativement haut, et lié à l'évolution à la fois rétractile et hypertrophiante d'un processus cellulitique.* L'origine génitale de l'inflammation sous-péritonéale en cause est la plus fréquente, mais n'est pas exclusive.

Il faut donc reconnaître à la Fibrose Péri-Métro-Rectale une place relativement étroite parmi les rétrécissements rectaux d'origine génitale (masse dans le Douglas, etc.).

Il s'agit d'une sorte de séquelle ou de reliquat, et cette conception s'oppose à celle plus élargie d'autres auteurs qui rapportent un nombre d'observations relativement élevé (si l'on tient compte de la rareté relative de la Fibrose Péri-Métro-Rectale) parce qu'ils y font rentrer toute une série de faits relatifs à des infections encore en évolution, plus ou moins subaiguës et susceptibles d'évolution régressive, comme le prouve le bon résultat fréquent des thérapeutiques purement médicales et palliatives.

En raison des retentissements des affections génitales sur le rectum et notamment des rétrécissements, on sera amené à décrire des cas relativement fréquents de l'affection qui nous intéresse, si l'on fait entrer dans le cadre de celle-ci tous les rétrécissements extrinsèques du rectum d'origine génitale.

L'habitude du toucher rectal systématique en gynécologie confirme cette notion qui peut éventuellement être précisée par un examen radiologique.

Parfois, la Fibrose Péri-Métro-Rectale paraît reconnaître comme origine une inflammation appendiculaire ou colique, mais il s'agit là de faits plus contestables et qui, s'ils ne peuvent être exclus du cadre de cette affection, ne doivent y être admis en tout cas qu'avec beaucoup de prudence. On peut certes admettre qu'un processus péricolique ou péri-appendiculaire ait infiltré de proche en proche l'atmosphère celluleuse péri-viscérale du pelvis et que cette cellulite d'origine intestinale puisse évoluer par la suite comme la cellulite d'origine génitale vers l'étranglement du rectum. Parfois d'ailleurs, l'origine génitale ou appendiculaire est discutable en raison de la faible importance clinique ou anatomique des lésions de ces organes.

Bien que chez les sujets prédisposés, il suffise de peu de chose pour déclencher l'infection sous-péritonéale responsable de la Fibrose Péri-Métro-Rectale et lui donner son caractère évolutif particulier, il n'est pas exclu d'admettre l'existence de cellulites primitives au moins cliniquement, et que l'on peut, dans une certaine mesure, rapprocher de cellulites spécifiques telle que celle qui accompagne la maladie de Nicolas et Fabre ; encore que la plupart des auteurs tiennent à bien marquer les différences d'allure et de siège des deux processus, on ne peut s'empêcher de reconnaître de nombreux points communs anatomiques, évolutifs, voire thérapeutiques, à ces deux groupes de faits.

L'existence des lésions importantes et uniquement péri-rectales n'est pas caractéristique, et par ailleurs, en raison de leur banalité, les constatations de lésions génitales, ne peut suffire à expliquer toujours étiologiquement la Fibrose Péri-Métro-Rectale.

Condamin a bien étudié au point de vue anatomopathologique les différents stades de cette affection — après une première phase d'œdème infectieux apparaît une sclérose se compliquant peu à peu d'une réaction lipomateuse plus ou moins hypertrophique,

mais cette sclérose elle-même en raison de sa tendance rétractive évolue vers le rétrécissement péri-rectal.

Trois phases donc, au cours desquelles se manifestent successivement deux tendances évolutives : tendance vers la sclérose d'abord, tendance rétractile de cette sclérose ensuite.

Considérations cliniques et thérapeutiques

Pendant la première phase de l'affection, phase prémonitoire et préparatoire en quelque sorte, le tableau peut être plus ou moins aigu avec empâtement, diminution de la mobilité des organes génitaux par périmétrite, épaississement de la cloison recto-vaginal, tuméfaction bombant plus ou moins dans le Douglas, etc.

Lorsque la Fibrose Péri-Métro-Rectale est installée, on sera frappé par la dureté ligneuse de l'infiltration qui a constitué un *véritable bloc noyant les organes du pelvis dans une sorte de coulée qui fait penser à ce que l'on observe dans les processus néoplasiques avancés du petit bassin.*

Le retentissement fonctionnel rectal est variable. La rectite fréquente pendant la phase d'installation est habituellement discrète, en rapport lorsqu'elle existe, avec l'infiltration, des parois rectales. Les troubles du transit sont plus ou moins accentués, le plus souvent légers, provoquant parfois une véritable occlusion nécessitant par elle-même une intervention d'urgence, comme c'est le cas dans l'observation que nous rapportons ici. On se trouve alors en présence d'un malade en état d'occlusion et c'est la recherche de la cause de cette occlusion qui fait découvrir le rétrécissement péricolique responsable.

Insistons, à l'occasion de la Fibrose Péri-Métro-Rectale sur l'utilité du toucher rectal en gynécologie — l'exploration rectale gagnera à être constituée par la rectoscopie (Kuss) et le lavement baryté, dont Ferrari et Aubaniac ont publié plusieurs clichés significatifs.

La thérapeutique médicale actuelle (sulfamides, pénicilline) extrêmement efficace sur l'élément inflammatoire ne peut avoir la prétention de faire régresser les lésions cicatricielles constituées. La diathermie, la radiothérapie sont à essayer, ici comme dans la maladie de Nicolas et Fabre. Les rayons X ont donné un résultat remarquable dans une observation de Moulonguet.

L'indication est basée sur les propriétés anti-inflammatoires et sclérolytiques de ces radiations. La dose sera d'autant moins importante qu'il s'agira d'un processus moins refroidi.

L'involution sous l'influence d'une thérapeutique portant uniquement sur les lésions utéro-annexielles n'est possible que s'il s'agit d'un processus susceptible d'évoluer et non d'un processus définitivement fixé. En pareil cas, en effet, seul le rétablissement du calibre normal de l'intestin peut faire espérer une guérison, encore que les récidives demeurent possibles, malgré une thérapeutique radicale portant sur les organes génitaux. Il semblerait que la cellulite une fois produite ait tendance à se développer et à évoluer dans le sens rétractile d'une façon autonome.

Les indications opératoires dépendent de chaque cas. La thérapeutique palliative (anus contre nature) peut être imposée d'urgence par une occlusion ou préconisée comme premier temps d'une intervention complexe. L'intervention sur les organes génitaux et d'une façon générale sur le foyer infectieux initial est logique, et habituellement elle tarit la source d'inflammation, mais elle ne peut suffire dans les cas refroidis et définitifs que si le calibre intestinal se trouve suffisant en fin d'intervention ; totale, subtotale ont leurs indications respectives, encore que le col restant ait pu suffire comme le montrent certaines observations, à entretenir, voire même à provoquer la cellulite responsable de la Fibrose Péri-Métro-Rectale.

Il est vrai que les difficultés extrêmes d'ordre technique rencontrées au cours d'interventions, imposent le plus souvent des exérèses partielles.

Ainsi, sera-t-on parfois amené à pratiquer sur le rectum lui-même des interventions plus ou moins complexes selon le cas. C'est ainsi que dans le mémoire de P. et J. Fiolle, les auteurs ont décrit à l'occasion d'un cas de Fibrose Péri-Métro-Rectale une technique nouvelle d'abord du rectum, mais ces interventions restent exceptionnelles.

Travail de la clinique chirurgicale du Professeur Jean Fiolle.

ACTUALITÉS

Aérosols et voies aériennes supérieures

L'emploi des aérosols médicamenteux ou thermaux, c'est-à-dire des micro-brouillards secs, vient de prendre une place de tout premier plan dans la thérapeutique des affections pneumologiques. Il suffit, pour s'en rendre compte, de relire notamment les travaux de Barach, de Tiffeneau, de Benda et de leurs élèves. Le pronostic de l'asthme, pour ne citer qu'un exemple, a bénéficié d'une amélioration indéniable, et certains auteurs, comme Molinéry, ont obtenu jusqu'à 74 % de succès.

Bien que cette méthode s'adresse surtout aux malades broncho-pulmonaires, il nous semble intéressant de voir ce qu'elle peut donner pour les affections des voies respiratoires supérieures. D'ailleurs, comme l'a rappelé si opportunément Corone, le premier précurseur dans ce domaine n'était-il pas un laryngologiste italien, le professeur Nicolaï, dont les communications au Congrès de Pavie remontent à 1911. Les « brouillards secs » obtenus artificiellement par cet auteur à l'époque, en effet, s'identifient à tous points de vue avec nos « aérosols » d'aujourd'hui. Les uns comme les autres sont obtenus par des procédés de pulvérisation, mais de pulvérisations sous une très forte pression, à travers des gicleurs de calibre très faible. Les appareillages utilisés diffèrent par bien des détails, mais le principe est toujours le même : faire respirer au malade une suspension dans un milieu gazeux d'un liquide amené à un état extrême de division. Les particules liquides sont des sphérules infiniment plus ténues que les gouttelettes obtenues par les moyens ordinaires de pulvérisation, leur diamètre varie de 1 à 5 microns. Ces sphérules échappent complètement à l'action de la pesanteur, elles possèdent une tension superficielle très élevée, des propriétés électrostatiques très particulières sur lesquelles nous ne pouvons insister ici (1). Elles peuvent passer à travers la paroi des alvéoles pulmonaires et se répandre dans la petite circulation, ce qui est à la base de leur utilisation en pneumologie. Ce qui nous intéresse surtout, dans le domaine des voies respiratoires supérieures, c'est de savoir qu'elles pénètrent dans les moindres récessus, par les orifices les plus étroits, ce qu'il n'est point possible d'obtenir par nos méthodes classiques de pulvérisation ou de humage. Le contact du médicament est plus direct et plus prolongé avec la muqueuse à traiter, et nous verrons tous les avantages que l'on peut en tirer !

Rappelons que ces aérosols sont presque invisibles : sur fond noir, ils donnent parfois un aspect de fumée de cigarette très légère. Ils ne mouillent pas et ne ternissent pas un miroir. Dans les tubulures des appareils, ainsi que dans les voies aériennes, ils se comportent pratiquement comme des gaz secs.

Les aérosols comportent, avons-nous dit, un véhicule gazeux et un liquide amené à l'état de dispersion extrême (2). Le véhicule gazeux peut être : de l'oxygène pur, du carbogène, ou de l'air comprimé, ce dernier peut-être mieux toléré par certains malades (Benda).

Le liquide employé peut être, selon les cas : une solution de pénicilline dans le sérum physiologique, une solution adrénalino-éphédrinique, une solution de novocaïne, de l'eau minérale vivante ou transportée (Challes, Uriage), une solution huileuse de soufre en combinaison organique, etc. L'aérosol à la pénicilline, le plus souvent employé, nécessite des concentrations de pénicilline de 10 à 20.000 unités pour un centimètre cube.

Les appareillages comprennent toujours : une source de gaz-véhicule, un nébuliseur, un ou des embouts d'utilisation.

La *source de gaz* peut être, soit un obus de gaz sous-pression, muni d'un mano-détendeur, soit un moteur à turbine mû électriquement. Il faut assurer un débit de 4 à 6 litres par minute.

(1) Pour l'étude des propriétés physico-chimiques des aérosols, nous renvoyons le lecteur à l'intéressant ouvrage de Biancani et Delaville.

(2) Nous préférons le terme d' « ultra-nébulisation » à celui d' « atomisation » si souvent employé, et qui constitue une hérésie pour le physicien.

Un dispositif de filtration est indispensable, pour arrêter les impuretés, qui sont souvent abondantes et risquent d'obstruer les fins canalicules des gicleurs.

Les *nébuliseurs* sont de types extrêmement variés. La buse réalisée par Nicolaï comportait un système de trois pulvérisateurs couplés, d'un calibre de 5 dixièmes de millimètre, recevant d'une part de l'air sous-pression par une tubulure d'arrivée, et d'autre part un tube d'aspiration de 7 millimètres plongeant dans le liquide à nébuliser. Les constructeurs français ont mis au point toute une série de nébuliseurs en verre pyrex, faciles à stériliser par ébullition, tandis que Barach emploie un nébuliseur léger, en matière plastique incassable, mais ne pouvant malheureusement supporter ni l'ébullition, ni les lavages à l'éther. Tiffeneau a fait construire un nébuliseur permettant de régler à volonté la « densité » de l'aérosol : il fait inhaler souvent au début un aérosol léger, à gouttelettes de l'ordre du micron, et donne à la fin de la séance un aérosol plus dense, à gouttelettes trois ou quatre fois plus volumineuses.

L'entretien et le nettoyage des nébuliseurs demande beaucoup de patience et d'habitude, d'autant plus qu'il s'agit là d'instruments fort onéreux.

L'*embout d'utilisation* ne présente rien de particulier : buccal pour traiter la muqueuse laryngo-trachéale, double embout nasal ou masque pour les traitements du nez et des sinus.

Les séances durent, en moyenne, dix à vingt minutes, on les renouvelle tous les jours pendant une semaine, davantage au besoin. Certains malades devront prendre plusieurs séances journalières.

Pour éviter le gaspillage d'un médicament coûteux, comme la pénicilline ou surtout la streptomycine, on intercale sur le circuit, en amont du nébuliseur, une soupape en Y, que le malade obture à l'inspiration et laisse ouverte à l'expiration. On peut, de plus, intercaler en aval du nébuliseur un ballon de *rebreathing*, qu'il sera souvent agréable de charger d'un peu d'eau chaude et de laisser reposer dans un bain-marie : cette précaution assure une inhalation moins irritante parce que tiède et légèrement humide.

Les *indications* des aérosols sont très nombreuses, même sans chercher à les étendre à l'extrême. Nous allons nous efforcer de les passer en revue, en tenant compte de nos observations personnelles ainsi que des études de notre ami le Dr Tinterov, de Sofia, qui a consacré un travail récent aux aérosols à la pénicilline. Notre ami le Dr Ludmer nous a apporté l'aide de sa grande expérience personnelle sur ce sujet : qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude.

Coryza aigu. — L'emploi des aérosols à la pénicilline abrège l'évolution du coryza aigu et rend très rares les complications. En revanche, les tentatives de traitement abortif n'ont donné aucun résultat.

Rhinites chroniques. — Les aérosols dessèchent et décongestionnent la muqueuse. La pénicilline améliore le malade en luttant contre l'élément d'infection secondaire toujours présent. Les aérosols sulfureux, artificiels et surtout thermaux, semblent donner des résultats supérieurs aux inhalations, humages, etc..., encore que le recul nous manque pour en juger en définitive (Dutech). Mais leur emploi ne saurait en aucune manière remplacer le traitement de fond de la maladie.

On peut donc les prescrire comme *traitement adjuvant*, pour préparer ou appuyer une thérapeutique locale. Les améliorations sont indéniables chez les ozéneux, dans le tertiarisme nasal, etc., la muqueuse se déterge plus vite, les sécrétions perdent en partie leur fétidité. Encore ne doit-on donner les aérosols qu'après nettoyage préalable : faire respirer l'aérosol à un malade dont le nez est rempli de pus ou de croûtes est un non-sens.

Les aérosols donnent particulièrement de bons résultats dans les irritations rebelles du rhino-pharynx, et cela se conçoit aisément, cette région n'étant pas, pratiquement, atteinte par les lavages, instillations, pulvérisations et autres moyens thérapeutiques usuels. Certaines rhino-pharyngites qui traînent depuis des années peuvent être guéries en quelques séances seulement.

Affections auriculaires. — Les aérosols trouvent leur indication évidente pour le traitement de l'infection rhinogène, si souvent en cause. Dans le catarrhe tubaire aigu, qui met en danger immédiat l'audition du sujet, le malade n'a rien à perdre à faire, si possible, deux ou trois séances d'aérosols à la pénicilline dans la journée. Nous en avons vu guérir ainsi sans avoir besoin d'une seule insufflation. Dans le catarrhe tubaire chronique, ou récidivant, Corone conseille les insufflations tubaires d'aérosols médicamenteux ou mieux thermaux (3), pour cet auteur, la muqueuse de la trompe et de la caisse tolère mieux le brouillard sec que le contact de l'eau, même finement poudroyée, l'aérosol donnant d'autre part des résultats meilleurs que la simple insufflation gazeuse.

Coryza spasmodique. — En raison des bienfaits incontestables obtenus chez les asthmatiques, il était naturel d'expérimenter les aérosols dans l'asthme nasal, le coryza spasmodique, la rhinite allergique, etc., dont on connaît la parenté pathogénique avec l'asthme.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur les résultats obtenus. Il semble que l'action préventive soit nulle. Quant à l'action curative, elle paraît assez inégale. Certains malades sont soulagés, et ceci, que l'on emploie la pénicilline, la novocaïne ou les spécialités à base d'adrénaline-éphédrine. Les succès de la médication s'expliquent peut-être moins par une action locale, que par l'absorption transalvéolaire : celle-ci peut en effet déterminer des réactions neuro-végétatives et glandulaires à distance.

Sinusites. — En ce qui concerne les *réactions sinusiennes* et les *sinusites aiguës* vraies, l'emploi des aérosols est logique, car il constitue un moyen particulièrement énergique de lutte contre l'infection rhinogène. Il semble que l'on obtienne des guérisons plus rapides que par les méthodes classiques (Ludmer). Même lorsqu'il existe un empyème, les aérosols hâtent la guérison, à condition bien entendu d'évacuer préalablement le pus par ponction et lavage.

Dans le domaine des *sinusites chroniques*, les traitements classiques ont donné tellement de déboires qu'il était naturel d'expérimenter l'action des aérosols. C'est dans ce sens que se sont orientés les efforts de Barach. Pour que l'on puisse espérer voir un aérosol pénétrer réellement dans un sinus, il faut : 1° que l'entrée du sinus soit perméable; 2° que l'on puisse créer à volonté une pression négative dans la fosse nasale correspondante ; 3° que l'on puisse remplacer immédiatement l'air de cette fosse nasale par un aérosol de forte concentration. Ces conditions doivent être rapprochées de celles qu'on cherche à obtenir dans la méthode de Proetz, maintenant classique.

Pour que l'entrée du sinus soit perméable, il faut que la muqueuse ait été préalablement nettoyée sous le contrôle de la vue et rétractée par la cocaïne. Cette condition n'est pas toujours remplie dès la première séance, du fait de l'œdème et de l'abondance des sécrétions : il est souvent indispensable de commencer par une patiente désinfection nasale, qui exige plusieurs jours. Indépendamment des prescriptions banales, il est d'ailleurs possible d'abréger ce traitement préliminaire par des pansements à l'argyrol, et par quelques séances d'aérosols faites selon la technique habituelle.

C'est alors seulement que l'on pourra entreprendre l'aérosolisation proprement dite des sinus. Barach interpose dans ce but, en amont du nébuliseur, une valve à double effet. En position +, l'oxygène arrive dans le nébuliseur, le malade fait deux ou trois inspirations profondes pendant lesquelles les fosses nasales se remplissent d'un nuage dense de pénicilline. On met alors la valve en position —, elle fonctionne alors comme trompe à gaz. Le malade fait un mouvement de déglutition pour isoler les fosses nasales du pharynx, il règne ainsi dans le nez une pression négative. On remet alors la valve en position première et on recommence, au rythme de 5 inspirations en pression positive, et 5 respirations en pression négative. Cette méthode exige évidemment une collaboration parfaite du malade. La valve de Barach peut être remplacée par une pompe électrique alternativement aspirante et foulante.

Pour que l'on obtienne un résultat vraiment intéressant, il faut : 1° que l'indication ait été bien posée : vouloir guérir une sinusite polypeuse ou une sinusite frontale enkystée par cette méthode nous semble une gageure ; 2° que l'on emploie des doses de pénicilline très élevées, de l'ordre du million d'unités

(3) Corone : Communication aux Journées thérapeutiques de Paris, octobre 1946.

par jour, avec des séances répétées toutes les trois heures, ce qui nécessite en pratique l'hospitalisation du malade.

L'expérience seule montrera si cette méthode donne des résultats plus encourageants que celle de Proetz. Rien ne s'oppose à ce que l'on combine d'ailleurs les deux techniques.

Laryngites. — Nous n'avons pas observé de résultats bien concluants sur les laryngites chroniques. En revanche, les aérosols à la pénicilline influent favorablement sur les laryngites subaiguës traînantes et même sur les laryngites aiguës. Nous avons observé le cas d'un conférencier, à peu près complètement aphone la veille du jour où il devait prendre la parole, et qui, grâce à plusieurs séances d'aérosols put retrouver ses moyens en quelques heures seulement.

Mais les aérosols font surtout merveille dans ces laryngites qui persistent vers le quinzième ou vingtième jour, malgré le repos, et dont on se demande avec inquiétude si elles ne vont pas passer à la chronicité. C'est chez ces malades, à notre avis, que les aérosols donnent des résultats le plus régulièrement satisfaisants.

Tabard et Mlle Bouleau ont obtenu des améliorations importantes chez les malades atteints de trachéite rebelle spasmodique, alors que tous les autres traitements avaient échoué (4).

Tuberculose laryngée. — Guillon a obtenu, dans la tuberculose laryngée, une sédation très nette de la dysphagie, parfois même dès la première séance. Ce résultat n'a pas été toujours très durable, mais en cas de récidive, les aérosols procuraient de nouveau une sédation, que l'on pouvait mettre à profit pour alimenter les malades. Les lésions macroscopiques n'ont pas été influencées.

Hirschaw, Feldmann et Pfutze (5) ont entrepris le traitement de la tuberculose laryngée par des aérosols à la streptomycine. Ces auteurs font dix séances dans la journée, par voie buccale, nébulisant chaque fois 2 centimètres cubes d'une solution de cinquante centigrammes de streptomycine dans 20 cc. de sérum. Ils ont eu des résultats temporaires, mais encourageants. Mais, dans ce domaine, nous en sommes seulement au stade expérimental.

Laryngo-trachéite suffocantes de l'enfant. — L'oxygénothérapie est de rigueur, dans l'intervalle des séances d'aspiration bronchoscopique : or, rien n'est plus facile que d'interposer sur le circuit d'arrivée de l'oxygène un nébuliseur chargé de pénicilline. Cette aérosolisation complémentaire est parfaitement tolérée et ne peut que renforcer l'action bienfaisante de l'oxygénothérapie.

On peut aisément faire inhaler un aérosol par un orifice de trachéotomie.

L'emploi des aérosols ne connaît guère de *contre-indications* : il y a plutôt des *non-indications*, que nous avons signalées chemin faisant. Les incidents de traitement sont exceptionnels. On a signalé au début des cas d'irritation laryngo-trachéale, de rougeur de la langue : une bonne filtration du véhicule gazeux, le réchauffement et l'humidification légère de l'aérosol permettent de les éviter. Les auteurs américains ont signalé des incidents de sensibilisation à la pénicilline. Personnellement, nous n'avons observé d'incident qu'une seule fois : il s'agissait d'un homme de 72 ans, atteint de sinusite bilatérale ancienne et chez lequel la première séance déclencha un violent accès de coryza spasmodique. L'arrêt du traitement fit tout rentrer dans l'ordre.

Cette thérapeutique nouvelle n'est pas une panacée universelle, et, comme pour n'importe quelle technique récente, il faut se mettre en garde contre un engouement excessif, mais il faut reconnaître qu'elle peut donner des résultats fort intéressants. La dispersion poussée très loin du médicament actif lui donne un potentiel physico-chimique accru et par là-même une efficacité thérapeutique plus grande.

En médecine thermale, elle constitue une arme supplémentaire, qui a déjà donné mieux que des espérances.

En dehors du milieu thermal, elle est une ressource de premier ordre, notamment pour des malades pressés, qui ne peuvent pas interrompre leurs occupations : la plupart des infections rhino-pharyngées saisonnières, les irritations chroniques de la gorge, un certain nombre de sinusites peuvent en bénéficier grandement. Malheureusement, le prix élevé des installations nécessaires ne permet pas d'en généraliser l'emploi.

Enfin, si dès maintenant les aérosols permettent d'abréger bien des suites opératoires, donc d'éviter de nombreuses journées d'hospitalisation et d'indisponibilité, certains essais nous autorisent à voir en eux un traitement d'avenir de la tuberculose laryngée. Et cela ne serait point leur moindre titre à notre intérêt.

Pierre-Louis Klotz.

(4) J. Tabart et Mlle Boulleau (*Gazette des Hôpitaux*, 19 juillet 1947).

(5) Hinshaw, Feldmann et Pfuetze (*J. Ama*, 30 novembre 1946).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

Séance du 24 avril 1947

Traitement de la paralysie radiale par des plasties et transplantations tendineuses. — M. Dupuy de Frenelle. — Dans huit cas personnels, cette méthode opératoire a donné des résultats constants et rapides pour le rétablissement de la fonction des doigts et de la main.

Les tendons extenseurs doivent être fortement raccourcis. Sur ces tendons raccourcis sont transplantés le grand palmaire et le cubital antérieur qui les animent. La transplantation du cubital antérieur sur les quatre tendons extenseurs suffit pour les animer même individuellement. La transplantation du grand palmaire dédoublé sur les deux radiaux raccourcis obtient le relèvement de la main. Il y a intérêt à pratiquer cette opération qui donne des résultats immédiats et satisfaisants pour éviter l'allongement secondaire pathologique des tendons paralysés et les déformations articulaires qui gênent la reprise de la fonction après la suture tardive du nerf radial.

Un cas curieux d'anomalie faciale. — M. J. Devrajcne.

Séance du 31 mai 1947

Drainage du sinus maxillaire à la râpe de Watson-Williams comme traitement systématique de la sinusite frontale aiguë. — M. Maurice Vernet. — Dans la sinusite frontale aiguë, les éléments douteux et fièvre sont en rapport avec la rétention et l'enchifrènement du nez, le pus ne pouvant s'écouler par le canal naso-frontal en raison d'une hypertrophie congestive du cornet moyen. On a préconisé, depuis longtemps, l'ablation de la tête du cornet moyen pour faciliter l'évasion du pus du sinus frontal.

Le drainage du sinus maxillaire effectué sous le cornet inférieur avec la râpe de Watson-Williams, dans les sinusites frontales aiguës, entraîne un rétablissement rapide de la perméabilité nasale, une rétraction du cornet moyen, et de ce fait, une diminution progressive de la rétention frontale, donc de la douleur ; enfin, une évolution favorable de la sinusite nous dispensant de l'ablation du cornet moyen, et le plus souvent, d'une trépanation éventuelle.

Le procédé est simple, d'une innocuité entière et non douloureux s'il est pratiqué avec douceur et une bonne insensibilisation.

La revitalisation endocrinienne. — M. Sanguineti (de Genève).

Séance du 27 juin 1947

M. Papillon, président du Congrès de la Société française de Gynécologie à Châtelguyon (31 mai-4 juin 1947) a présenté à la Société le professeur Rubin, de New-York, président d'honneur et délégué des U.S.A. au Congrès. Des extraits de leur discours à la séance inaugurale ont été lus, celui du Dr Rubin sur les rapports de la science médicale et de la démocratie, celui du Dr Papillon sur l'évolution de la gynécologie et son avenir dans la médecine sociale.

Notice sur les travaux du Dr Guisez. — M. Iribarne fait un rapport très concis des travaux de notre regretté collègue Guisez sur la bronchoscopie, et la bronchoœsophagoscopie, qu'il n'a cessé de perfectionner depuis quarante ans.

REUNION DES PHTISIOLOGUES DE LA REGION DU NORD

(Juillet 1947)

Sujet à l'ordre du jour :

L'irritation pleurale chrysothérapique dans la conduite du pneumothorax artificiel

M. S. Belbenoit, rapporteur, fait un large exposé de la question à propos de 102 cas de chrysothérapie intrapleurale suivant la technique de Michel-Léon Kindberg. Il rejette le terme de « pleurésie provoquée » pour le remplacer par celui de « rétraction pulmonaire provoquée ». La pleurésie vraie est en effet inconstante (6 % des cas) et d'ailleurs bénigne.

Le seul écueil des sels d'or intrapleuraux est représenté par la symphyse, assez fréquente dans les suites plus ou moins éloignées.

L'allongement forcé des adhérences en quelques semaines, l'augmentation de la chambre du pneumothorax, la diminution des cavernes constituent une aide précieuse lorsqu'il s'agit de libérer de vastes systèmes adhérentiels. La section devient ainsi plus précoce, plus facile, moins risquée et parfois même simplement réalisable.

L'irritation pleurale autonome s'adresse en général à des cavernes inertes sous pneumothorax total. Elle donne de beaux résultats lorsqu'il n'xiste pas d'obstacle bronchique. Ici la méthode ne partage avec aucune autre le mérite d'obtenir l'efficacité du collapsus. Grâce à ces divers avantages, la chrysothérapie intrapleurale participe largement au plan de collapsothérapie précoce et précocement efficace susceptible de donner les meilleurs résultats. Elle constitue une méthode accessoire souvent précieuse, parfois irremplaçable, à employer non pas systématiquement mais largement.

M. Breton craint que l'irritation pleurale n'entraîne une diminution importante de la capacité fonctionnelle du poumon.

M. Belbenoit fait remarquer que 70 % des pneumothorax thérapeutiques sont suivis à un moment donné d'une réaction liquidienne ; or, il n'a constaté de pleurésie vraie que dans 6 % des cas d'irritation pleurale.

M. Delwaulle demande si l'auteur a constaté une modification de la texture des brides à la suite d'irritation pleurale.

M. Belbenoit ne l'a pas remarqué et la section ne lui a jamais paru plus difficile après irritation pleurale.

M. Masure a employé l'irritation pleurale dans le service du professeur Legrand et en a obtenu des résultats satisfaisants.

Le pneumothorax dans la tuberculose des houilleurs

MM. J. Lacombe, Th. Chemin et A. Roche présentent 33 observations de pneumothorax créés ou entretenus au sanatorium de Felleries-Liessies de 1934 à 1947, chez des tuberculeux pulmonaires anthraco-silicotiques bacillifères.

Sur ces 33 pneumothorax : 3 malades vivent encore (les trois dernières créations), 2 guérisons apparentes (malades devenus négatifs après pneumo complété par section de brides) et une stabilisation à pronostic encore réservé, la section de brides étant récente.

A part ces trois succès provisoires, tous les autres malades sont décédés ou sortis du sanatorium dans un état désespéré. La mort s'est produite presque toujours par insuffisance cardiaque ou asphyxie ; quelques cachexies terminales avec tuberculose intestinale (3 cas) ; par hémoptysie (un cas), par méningite (un cas).

A l'examen de leurs observations, les auteurs font les constatations suivantes :

1° La tuberculose chez le pneumoconiotique continue à évoluer sous le pneumothorax ;

2° L'évolution contro-latérale est la règle même lorsque les lésions du poumon opposé paraissent surtout silicotiques radiologiquement ;

3° Les pneumothorax sont la plupart du temps partiels avec symphyse fréquente du sommet. Malgré les sections de brides quand elles sont possibles, ce qui est rare, la rétraction ne se produit pas et les cavernes sont inertes ou se ballonnisent souvent ;

4° Les pleurésies séro-fibrineuses sont fréquentes, devenant souvent louches ou purulentes : complications rapides du pneumothorax bridé, partiel, complications de la perforation pleuro-pulmonaire. 22 cas de pleurésies sur 33 pneumothorax ;

5° Au point de vue fonctionnel, la dyspnée s'aggrave, la capacité respiratoire déjà réduite de ces malades s'accentue ; la tachycardie augmente ainsi que l'amaigrissement.

En conclusion, les auteurs estiment que la pneumoconiose continue à évoluer pour son propre compte avec ou sans tuberculose et que l'association tuberculose-silicose est toujours très grave ; que le pneumothorax chez les houilleurs est presque toujours inefficace, souvent une cause d'aggravation et qu'il ne peut être employé qu'avec une grande circonspection dans les cas strictement unilatéraux avec pneumoconiose peu accentuée.

Conclusions assez pessimistes, qui ne doivent pas cependant nous inciter à rester inactifs devant toute tuberculose-anthraco-silicotique, bacillifère, mais à être très prudents et à ne pas nourrir trop d'espoirs.

A propos de la recherche moderne du bacille de Koch dans l'expectoration

MM. Ch. Gernez-Rieux, Breton et Mereaux.

Présentation d'une sonde à double courant pour lavage bronchique

MM. Jean Minet et R. Ducrocq ont fait fabriquer une sonde métallique droite à double courant permettant le lavage des bronches en se rapprochant le plus possible des conditions idéales d'asepsie. Cette sonde dont l'introduction s'opère à travers le bronchoscope, est constituée par deux canules concentriques coulissant l'une dans l'autre.

Intérêt de l'emploi de sondes fines dans le cathétérisme des bronches

M. R. Ducrocq. — Chez un sujet porteur d'un abcès chronique du lobe moyen ayant résisté à la pénicillinothérapie massive par voie générale, l'auteur a été amené à introduire dans le foyer, à l'aide d'une sonde uretérale, la pénicilline ; l'œdème considérable de la muqueuse de la bronche lobaire moyenne empêchait, en effet, l'introduction des sondes habituelles et la résolution du foyer n'a pu être obtenue que par cette méthode d'injection endobronchique précise de pénicilline, utilisant une sonde urétérale fine mise en place sous bronchoscopie.

Valeur sémiologique du signe « pétrification bronchique »

MM. Jean Minet, Linquette, Graux et Ducrocq. — Normalement les parois bronchiques sont mobiles ; au cours des néoplasies bronchiques, cette mobilité est rapidement abolie et, d'après Lecœur, cette abolition de la motilité bronchique, appelée « pétrification bronchique », doit faire poser à elle seule le diagnostic de cancer des bronches. Cette opinion paraît excessive comme l'attestent les deux observations suivantes :

Chez un terrassier de 42 ans, porteur d'une réticulose histiomonocytaire à localisations médiastinale et pulmonaire, la bronchoscopie révèle une pétrification importante de la bronche souche gauche ; un traitement radiothérapique provoque une amélioration clinique, mais une seconde bronchoscopie montre que la bronche souche gauche a conservé son aspect pétrifié et une biopsie atteste que la pétrification n'est pas néoplasique.

Un métallurgiste de 51 ans présente les signes d'un abcès évoluant depuis six semaines dans le lobe supérieur du poumon gauche. Une bronchoscopie révèle une pétrification bronchique étendue de la bronche souche gauche et le diagnostic de cancer pulmonaire excavé est envisagé ; cette erreur de diagnostic est évitée grâce à un traitement pénicilliné qui fait régresser les symptômes et disparaître la pétrification bronchique.

Déjà Diacoumopoulos avait signalé que l'aspect figé de la paroi bronchique n'est pas pathognomonique du cancer et peut s'observer au cours des suppurations broncho-pulmonaires prolongés, des bronchectasies, de la tuberculose et de la syphilis bronchiques. Parfois cette pétrification accompagne des adénopathies médiastinales (maladie de Hodgkin, ganglions fibro-anthracosiques) ; toutefois cet auteur remarque que ces affections ne s'accompagnent pas en général d'une pétrification aussi marquée que celle observée dans le cancer.

Nos observations tendent à démontrer que l'inflammation ou la compression sont à même de provoquer des pétrifications d'aspect néoplasique.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CHIMIQUE DE LILLE

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1947

Séance consacrée au rhumatisme

Hydropisie polyarticulaire chronique. Action remarquable des injections intraveineuses de sels de cuivre. — M. J. DEREUX relate l'observation d'une malade atteinte de cette affection particulière qu'a isolée Forestier en 1941. Les sels de cuivre en injections intraveineuses ont eu un effet absolument remarquable sur cette maladie articulaire et ont amené la guérison de la malade.

Quatre observations de syndrome arthrodigestif d'origine intestinale. — M. A. BERNARD. — Les infections intestinales peuvent se compliquer d'arthrite. L'auteur en rapporte quatre exemples où les phénomènes articulaires ont coïncidé avec des poussées de colite, soit simple, soit ulcéro-hémorragique.

En général, la localisation articulaire est de nature allergique, évoluant en deux périodes : préparante par les facteurs héréditaire, endocrinien, infectieux, vitaminique et déchaînante par les toxines microbienne ou alimentaire nées dans le côlon malade.

La connaissance du syndrome arthro-digestif et de son origine intestinale est utile au point de vue du traitement, qui doit s'adresser à la fois à l'intestin et aux arthrites.

Pénicilline et rhumatismes. — MM. L. LANGERON et R. DURIEZ. — A propos de quatre malades atteints de rhumatisme et soignés par la pénicilline, les auteurs, sans vouloir apporter de conclusions générales, concluent qu'étant données la gravité évolutive habituelle et l'infidélité des thérapeutiques, il est tout à fait légitime d'utiliser la pénicilline dans le traitement des rhumatismes subaigus et chroniques de nature infectieuse indéterminée, surtout au moment des poussées évolutives. Seule une observation suffisamment étendue et surtout prolongée pourra fixer sur le degré d'efficacité de la pénicillothérapie dans les rhumatismes.

Projection d'un film sonore sur la pratique antirhumatismale. —

ANALYSES

Le spondylolisthésis. Etude clinique et radiologique d'après 70 observations personnelles. — S. DE SÈZE et J. DURIEU. — *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 23e année, n° 24, 28 juin 1947, p. 1551-1578, 48 fig.

Il est impossible d'analyser en entier cet important article. Nous ne pouvons en signaler que quelques points particuliers.

Se tenant à la définition même du mot spondylolisthésis, glissement vertébral, les auteurs ne se tenant pas à l'usage de n'y faire rentrer que le glissement dû à la lésion de l'isthme d'origine congénitale, y incorporent les glissements dus à des lésions variées de l'arc postérieur de la vertèbre : lésions de l'isthme, des apophyses articulaires, et même du pédicule.

Ils incriminent dans la genèse de ces lésions 42 fois le traumatisme, 22 fois un facteur congénital, 17 fois un processus ostéoporotique ayant entraîné soit un allongement de l'isthme, soit un infléchissement des apophyses articulaires, enfin dans cinq cas il s'agissait de lésions payétiques ou néoplasiques.

Contrairement à l'opinion ancienne, le spondylolisthésis est fréquent. Mais si les formes très accentuées présentent des symptômes cliniques pour ainsi dire évidents, les cas légers présentent une symptomatologie discrète et demandent à être recherchés.

C'est l'examen radiologique qui imposera le diagnostic. Des clichés de face, de profil et de trois quarts sont indispensables. Et pour obtenir en particulier au niveau de la 5e lombaire des clichés mettant en évidence les lésions une technique très précise, que décrivent les auteurs, est nécessaire.

Le spondylolisthésis est la cause de lombalgies et de sciatiques et à leur sujet les auteurs fournissent des indications statistiques importantes.

Pendant les années 1945 et 1946 sur 467 cas de malades se présentant à la consultation pour des douleurs lombo-sacrées, 35, soit 7,7 % étaient dues à un spondylolisthésis et celui-ci devait être mis en cause chez 31 des 460 cas de sciatique observés à la même époque (6,7 %). Cette notion capitale montre qu'en présence d'une lombalgie ou d'une sciatique on doit classer le spondylolisthésis parmi les lésions causales qui sont à rechercher.

Une autre notion différente des idées classiques et qui ressort des publications plus récentes en particulier le travail de Friberg, est que dans la grande majorité des cas le glissement vertébral s'arrête à un certain niveau, il présente une tendance spontanée à la stabilisation du déplacement.

C'est ce qui explique les résultats du traitement orthopédique : décubitus prolongé pendant plusieurs semaines en position de hamac (dos et genoux relevés) suivi du port d'un corset en coutil baleiné d'acier, de forme spéciale maintenant la réduction de la lordose lombaire. Les auteurs déclarent que la grande majorité de leurs malades ont été suffisamment améliorés pour se contenter de ce traitement.

Dans les cas rares où les douleurs persistent le traitement chirurgical s'impose : la greffe rachidienne est insuffisante en cas de sciatique rebelle. Un premier temps nécessitera la cure d'une hernie discale ou une radicotomie postérieure.

Une très riche iconographie accompagne et éclaire cet intéressant travail.

M. L.

Les rhumatismes vertébraux, par MM. DE SÈZE, P. SEIDMANN, S. JURMAND et J. ROBIN. Rapport présenté à la Ligue française contre le rhumatisme le 12 novembre 1946. *In Revue du Rhumatisme*, 14e année, n° 1, janvier 1947, pp. 1 à 29.

Dans ce remarquable rapport les auteurs font abstraction de toutes les affections vertébrales douloureuses non rhumatismales, qu'ils se réservent d'étudier dans un rapport ultérieur et limitent leur description aux deux grandes variétés classiques :

1° La spondylarthrite ankylosante ; 2° les arthroses vertébrales.

Il est impossible d'analyser ces mises au point très complètes de l'état actuel de nos connaissances sur ces deux variétés d'affections. Nous ne pouvons que signaler quelques points particuliers.

La *spondylarthrite ankylosante* (spondylose rhizomélique de Pierre Marie) débute chez des hommes jeunes, amaigris, par des douleurs dans la région sacro-iliaque et la radiographie révèle des lésions des sacro-iliaques. La vitesse de sédimentation est très augmentée. Cela est classique. Les auteurs montrent que, sautant la région lombaire, c'est ensuite, précocement, la charnière lombaire qui est atteinte : douleurs et enraidissement lombaire, avec apparition à la radiographie de lésions de ligamentite ossifiante à la région dorso-lombaire.

L'affection évolue par poussées évolutives, s'accompagnant toujours d'une modification concordante du syndrome biologique (augmentation de la rapidité de sédimentation et de la réaction à la résorcine), ayant donc les allures d'un processus inflammatoire et même infectieux.

Les auteurs passent en revue les différentes formes cliniques décrites : forme à début cervical, formes localisées, formes associées à une atteinte périphérique (hanches, épaule, genou). Cette atteinte périphérique habituellement secondaire peut exceptionnellement être la première en date, forme observée chez la femme.

L'anatomie pathologique est exposée en détail et discutent l'étiologie. Celle-ci reste très indécise. Aux causes classiques invoquées : gonocoque, tuberculose, traumatisme, les notions acquises pendant la guerre ont fait adjoindre le rôle de l'exposition au froid, à l'humidité, ainsi que celui du rhumatisme articulaire aigu.

En face de la théorie infectieuse classique se posent maintenant d'autres hypothèses : insuffisance de la vitamine C, ou rôle endocrinien que suggère la prédominance manifeste du sexe masculin.

Peut-on l'attribuer à l'action d'une phosphatase acide d'origine prostatique ? la question est à l'étude.

Au point de vue pathogénique, l'école française considère la maladie comme une arthrite sacro-iliaque suivie d'une multiarthrite envahissante des petites articulations postérieures du rachis. Ce processus inflammatoire primitif déclenche une décalcification du rachis osseux avec processus de ligamentite ossifiante. C'est le


Coramine
NOM DÉPOSÉ
CARDIOTONIQUE EUPNÉIQUE
CIBA
Action de la Coramine sur la respiration et la pression artérielle
Stimule
CŒUR_RESPIRATION
Cardiopathies_Collapsus
Maladies infectieuses
GOUTTES
XX à C par jour
AMPOULES
1 à 8 par jour
LABORATOIRES CIBA, Dr P. DENOYEL, 103 à 117 Boulevard de la Part-Dieu_LYON


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules
Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE


HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau

processus banal de toutes les polyarthrites chroniques évolutives immobilisées.

Le traitement consiste en chimiothérapie (les sels d'or et le thorium X en sont la base), radiothérapie. Les auteurs insistent sur l'importance du traitement orthopédique dans la prévention ou la correction des attitudes vicieuses dont l'Ecole d'Aix-les-Bains a démontré l'importance. Faut-il suivre les Américains et aller pour opérer ces redressements jusqu'aux ostéotomies vertébrales ?

Les *arthroses vertébrales* ou rhumatisme vertébral ostéophytique ou ankylosante, sont d'une fréquence considérable chez l'adulte et pour ainsi dire normale chez le vieillard, c'est une manifestation de la sénescence.

Ce sont les lésions discales qui sont primitives, les lésions vertébrales sont secondaires.

Les lésions de ces disques sont exposées en détail.

La lésion caractéristique des vertèbres et l'ostéophyte — production réellement osseuse, bien connue — moins étudiées sont les lésions des articulations invertébrales postérieures que les auteurs décrivent.

Ce sont les facteurs mécaniques qui dominent la pathogénie de l'affection : usure par hyperfonctionnement, par non coaptation des surfaces articulaires. Mais ces lésions osseuses et articulaires sont sous la dépendance de la lésion discale primitive. Les auteurs expliquent longuement l'interdépendance des lésions discales, osseuses, articulaires. « L'ostéophyte est une réponse banale du couple disco-vertébral ». L'ostéophyte ne signifie pas rhumatisme vertébral, ceci est bien connu. Il « signifie *lésion discale*, ce qui est peut-être moins connu ».

Il faut étudier successivement les *arthroses vertébrales antérieures* (disco-vertébrales) et les *arthroses postérieures* (apophysaires). Les premières présentent des types cliniques très différents selon leur siège : l'*arthrose lombaire* ou *lombarthrie* caractérisée par des douleurs lombaires, parfois avec irradiations évoluant par poussées, et dans laquelle la radiographie révèle des ostéophytes volumineux et accessoirement un pincement du disque avec condensation des bords des corps vertébraux adjacents. Ce sont des arthroses d'origine sénile, professionnelle, statiques.

Les arthroses discales de la charnière sacro-lombaire sont extrêmement fréquentes, se traduisant par la douleur et la raideur de la région avec des épisodes aigus de lumbagos, poussées de lombalgie ou de sciatique.

Les auteurs opposent les lésions que la radiographie révèle ici à celles de la région lombaire. Ici c'est le pincement discal qui domine, l'ostéophytose est discrète. Alors que de grosses déformations n'entraînent que peu ou pas de manifestations douloureuses dans l'arthrose lombaire, ici la douleur est précoce et violente. Les auteurs discutent longuement l'origine des douleurs dans cette région : rejetant l'origine musculaire, discale, ils l'attribuent en général aux lésions et entorses ligamentaires. Il faut aussi faire intervenir les lésions des articulations vertébrales postérieures, de la dure-mère, enfin au irritations compressions des racines nerveuses (hernies discales).

Les arthroses cervicales de fréquence extrême sont bien connues ainsi que leurs manifestations nerveuses.

L'étude radiologique des arthroses disco-vertébrales montre la triade classique : diminution de l'espace intervertébral, la condensation des bords des corps vertébraux adjacents et l'ostéophytose typique.

Il faut y adjoindre souvent le *rétroglissement* de la vertèbre sus-jacente au disque lésé. Les auteurs rappellent ensuite les règles des incidences à donner à chaque étage du rachis pour obtenir une image nette du disque et donnent une technique nouvelle pour la radiographie du disque lombo-sacré en position debout.

Les études de Knutson (Stockholm) ont montré que sur le sujet debout si on prend une épreuve de profil en flexion forcée et une en extension forcée au niveau du disque malade il y a un glissement, un mouvement de tiroir anormal. De plus ce mouvement créant un vide dans le disque on peut voir des bulles gazeuses se produire dans sa cavité.

Arthroses vertébrales postérieures ou *arthroses apophysaires.* Leur étude est difficile. L'exploration radiologique compliquée et les clichés d'interprétation incertaine. Les auteurs exposent les incidences variées selon les régions pour obtenir une vue nette des interlignes.

Les auteurs concluent que « tant à la colonne cervicale qu'à « la colonne lombaire ou lombo-sacrée, l'arthrite apophysaire « postérieure est probablement responsable d'un certain nombre « de cas de syndrome douloureux vertébraux, algies cervicales, « lombalgies et sacro-lombalgies chroniques, lumbagos aigus. « Malheureusement c'est un diagnostic qu'il est difficile de fonder « sur de véritables certitudes en raison du caractère peu différencié des signes cliniques d'arthrose apophysaire et des causes « d'erreurs qui viennent fausser l'interprétation des signes radiologiques. »

Nous n'insistons pas sur le traitement médical et la crénothérapie, bien connus.

Le traitement orthopédique : correction des troubles statiques vertébraux, immobilisation en appareil du segment malade, moins connues sont les méthodes de traction vertébrale. Les auteurs préconisent l'emploi des manipulations vertébrales associées au massage, qui alternent avec les périodes d'immobilisation. Ils en ont retiré des bénéfices non douteux.

La greffe osseuse est discutable dans les lésions discales et la résection des apophyses articulaires est à rejeter. Le traitement rationnel semble l'arthrodèse intersomatique par évidement discal et bourrage de la cavité par des greffons osseux.

Au terme de leur exposé les auteurs s'excusent de la schématisation de leur description, car il existe des formes bâtardes mixtes dans lesquelles se mêlent la symptomatologie clinique et humorale de la spondylarthrite associée avec les becs de perroquet et ponts osseux de la spondylarthrose ; cela se voit surtout sur des sujets âgés.

Ils signalent certains types de discites ou spondylo-discites limitées d'origine infectieuse ou non constituant des variétés cliniques nombreuses ne rentrant pas dans le cadre de leur description.

Au total, mise au point très intéressante de la question pour servir de point de départ à de nouvelles études.

M. L.

Traitement orthopédique de la spondylarthrite ankylosante, par M. E. H. La Chapelle (Amsterdam). Soc. Belge d'Orthopédie et de Chir. de l'appareil moteur. Séance du 15 février 1947. In *Acta orthopaedica Belgica*, t. 13, février 1947, fasc. 2, pp. 17-22, 2 fig.

L'auteur rappelle la gravité des déformations dans la spondylose hizomélique, et les essais faits par différents auteurs pour les redresser par des appareils articulés. Dans un cas de cyphose considérable il a pratiqué l'opération suivante en deux temps : 1° laminectomie de la 3e VL avec résection des articulations intervertébrales sus et sous-jacentes ; 2° 15 jours après, incision de néphrectomie gauche, découverte des vertèbres et disque, le disque entre la 2e et la 3e VL est enlevé à la curette, le malade est redressé et l'hiatus créé entre les deux vertèbres rempli de copeaux pris au tibia, grand plâtre.

Le redressement obtenu est considérable.

Chez un malade bien moins ossifié, le 1er temps de l'opération suffit à obtenir un redressement complet.

Il rappelle que Smith Petersen (Boston) a publié en 1945 six malades redressés par une intervention analogue.

Frappé par la facilité d'abord des corps vertébraux par voie latérale, La Chapelle a pratiqué une hémilaminectomie gauche avec résection entre deux corps vertébraux dans un cas de scoliose congénitale synostosée, le redressement obtenu est considérable.

M. L.

Résultats éloignés des opérations pour hernies discales dans l'industrie. — Al. P. Aitken et Ch. H. Bradford (Boston). *The am. J. of Surgery*, vol LXXIII, n° 3, mars 1947, pp. 365-380.

Cette étude est basée sur l'examen des dossiers d'assurance de 170 cas opérés entre 1940 et 1944.

Les auteurs constatent tout d'abord qu'on opère beaucoup trop de soi-disant disques rompus : un groupe de neuro-chirurgiens en a opéré 479 en neuf mois et le diagnostic est parfois porté sur la simple diminution de hauteur du disque.

Ils discutent la valeur des symptômes pour le diagnostic et montrent qu'aucun n'est pathognomonique : ni l'élévation des protéines du L.C.R., ni la myélographie (injection d'air ou de substance opaque) ne donnent une certitude. Le myélogramme s'est montré en défaut soit sur la présence d'une hernie discale, soit sur son siège dans près de la moitié des cas.

Sur les 170 malades opérés, 67 fois on n'a pas trouvé de lésion discale. Il y a eu 5 décès, 3 sur la table d'opération (2 par anesthésie, 1 par dilatation cardiaque) — 2 morts quelques jours après l'opération par embolie pulmonaire.

On a noté de nombreuses complications (9 suppurations dont 1 ostéomyélite du rachis, 4 phlébites, 1 ulcère trophique, 2 cas de paralysie des extenseurs des orteils et 3 de paralysie du quadriceps).

Les symptômes ont persisté dans 41 cas obligeant à opérer à nouveau, parfois une troisième fois.

L'ostéosynthèse du rachis a été pratiquée d'emblée chez 39 malades, et secondairement chez 15.

Les auteurs constatent que les douleurs doivent dans beaucoup de cas être dues bien plus à l'instabilité du rachis qu'à la lésion discale et souhaitent que la fusion primive soit faite bien plus souvent, car l'opéré refuse parfois de se faire opérer secondairement.

Ils regrettent l'étendue parfois excessive des laminectomies, parfois étendues à toute la région lombaire, et les résections étendues des apophyses articulaires.

Au total, seulement 13 % des opérés sont capables d'effectuer un travail de force sans aucune douleur, 17 % sont capables de l'effectuer mais avec persistance de symptômes, 25 % ne sont plus aptes qu'à un travail léger, enfin 42 % ne sont plus capables d'aucun travail — et il y a eu 3 % de mortalité.

Discussion. — R. L. Rhodes (Augusta), J. H. Wagner (Pittsburgh), Th. B. Quigley (Boston), H. Stryker (Kalamazoo) conseillent tous d'épuiser le traitement médical et orthopédique avant toute tentative opératoire, en particulier le décubitus absolu pendant six semaines. Dans ces conditions, sur plus de 100 cas, Wagner n'en a opéré que 2, et n'a trouvé qu'une fois le disque saillant et sur un chiffre analogue de malades, Rhodes n'en a fait opérer aucun. Stryker apporte la statistique d'une compagnie d'assurance de la région de Chicago. Les bons résultats donnés par l'opération atteignent 50 %, mais 60 % de ces améliorations ne sont que passagères.

M. L.

Un nouveau signe clinique de cholélithiase. — J. Kleeberg. (*Acta Med. Orient.*, 4 septembre 1945.)

On peut trouver chez les lithiasiques, au palper de l'hypochondre droit, un pannicule adipeux d'une plus grande résistance que dans les régions avoisinantes et donnant la sensation de lobules résistants. Cette modification se rencontre, avant même tout traitement local, sur l'étendue d'une paume de main à la partie supérieure du muscle grand droit entre l'épigastre et l'hypochondre droit, le rebord costal et la première intersection tendineuse du grand droit. Ce symptôme se rencontrerait exclusivement dans les cas de cholécystite lithiasique.

R. L.

Le traitement du diabète sucré par injection unique d'un mélange d'insuline. — M. Ch. Darnaud, *Presse Médicale*, n° 40, 5 juillet 1947. p. 454.

En mélangeant en proportion convenable de l'insuline normale et de l'insuline protamine-zinc de concentration égale, il est presque toujours possible d'assurer de façon correcte le traitement de fond des états diabétiques, si sévères soient-ils, avec une injection quotidienne unique d'hormone insulaire.

L.

Un résultat de la fermeture des maisons de tolérance. — M. J. Duverne (*Lyon Médical*, 16 mars 1947)

Les résultats constatés à Saint-Etienne où la fermeture a été effectuée le 1er janvier 1946 paraissent peu encourageants :

— Suppression du contrôle médical et policier qui dans le département étaient l'un et l'autre satisfaisants.

— Changement d'étiquette des maisons de tolérance.

— Augmentation du racolage et de la prostitution clandestine qui se sont pour ainsi dire vulgarisés.

— Disparition des prostituées connues sans qu'aucune tentative de rééducation ait été entreprise.

— Mais surtout augmentation des syphilis primo-secondaires de 60 % environ.

Cette augmentation est à rapprocher de la constatation faite par M. Merklen à la *Société médicale des hôpitaux de Paris* le 28 février 1947 : les syphilis primaires masculines sont en recrudescence et en rapport avec une surveillance moindre des éléments contaminateurs.

L.

LIVRES NOUVEAUX

L'Esthétique du pathologique, par M. Gabriel Deshajes, ex-chef de clinique à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux psychiatriques, docteur ès lettres. Un vol. in-8° (14 × 22), 160 pages, 150 francs. (Bibliothèque de Philosophie contemporaine.) Presses Universitaires de France, 108, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). Avril 1947.

Etrange et paradoxale apparaît toujours une expérience esthétique nouvelle. Elle n'en est que plus intéressante à connaître. Ainsi, en dehors de toute métaphore, s'affirme au médecin la beauté du pathologique, dont on pourrait s'étonner aujourd'hui que l'analyse n'eût pas été plus tôt faite. L'auteur l'étudie dans une perspective essentiellement psychologique en s'appuyant sur sa propre expérience et sur celle de nombreux médecins. Il donne des exemples concrets d'ordre clinique (symptômes, maladies, agonie, lésions), littéraire et plastique, auxquels sont applicables les traditionnelles catégories esthétiques.

Après avoir prouvé l'existence, jusqu'alors méconnue, de cette curieuse conscience médico-esthétique, il montre sa structure intellectuelle et sa spécificité, il analyse la mutation de la valeur biologique à la valeur esthétique.

Cet aspect particulier souligne avec vigueur le rôle capital de la structuration intellectuelle et de l'import technique dans l'expérience du beau, véritable création à partir du perçu, du construit et de l'imaginaire, chez l'amateur comme chez l'artiste.

L'auteur envisage quatre sortes d'esthétiques du pathologique :

Chapitre premier. — Le beau cas médical : qu'est-ce qu'un « beau cas » ? ; les beaux cas naturels, les beaux cas figurés, les beaux cas dans l'Art

Chapitre II. — La notion de pathologique, psychologie et méthodologie, médecine et philosophie, médecine et biologie. L'état morbide, conscience de la maladie. Les concepts. Du jugement d'existence au jugement de valeur.

Chapitre III. — Les conditions anesthésiques : données sensorielles, les sens esthétiques, les types sensoriels, la forme de l'objet. Conditions psychologiques, les tendances instinctivo-affectives, la capacité esthétique, les exigences intellectuelles, savoir technique, spécialisation. Conditions sociologiques, les influences.

Chapitre IV. — L'attitude esthétique devant la maladie : l'intuition du beau, de l'attitude technique à l'attitude esthétique, l'intuition médico-esthétique. Le laid, laideur du malade, laideur de la maladie, valeur esthétique du laid. Les catégories esthétiques, le grandiose, le joli, le gracieux, le dramatique, le tragique, le sublime, cas de l'agonie, le spirituel, le ridicule, le comique, le rire et son inhibition, la notion d'harmonie. La conscience esthétique, conscience normative et conscience expériencielle, fonctions psychologiques de la conscience esthétique, psychanalyse. Faits et doctrines, la beauté de la nature, du contemplateur au contemplé, le ludisme esthétique, de l'individuel au social.

On lira avec intérêt ce livre écrit par un psychologue et un médecin qui sait admirer un « beau cas » médical, mais qui apprécie aussi la beauté de certaines techniques médicales, se rencontrant en cela avec Mondor.

Régimes et conseils pratiques, par Noël Fiessinger, C. Albahary, M. Albeaux-Fernet, M. Aussannaire, G. Brouet, G. Boudin, R. Dupuy, M. Gaultier, L. Gougerot, J. Lenègre, R. Messimy. Préface de A. Lemaire. Un volume de 184 pages. Masson et Cie, éditeurs à Paris.

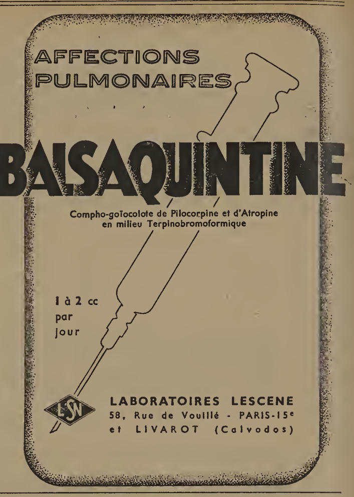
Ce livre présente l'ensemble des leçons qui ont été faites au cours complémentaire que le professeur Fiessinger avait organisé à l'Hôtel-Dieu et qu'il avait intitulé « Conseils et Régimes ».

L'idée qui les domine est que la médecine actuelle n'est plus seulement une médecine de maladie, mais aussi une médecine de troubles et de désordres. Le rôle du médecin est de rétablir l'ordre et d'empêcher le malade de se nuire. C'est pourquoi, si la thérapeutique médicamenteuse constitue une thérapeutique d'actualité, la diététique et l'organisation de la vie prennent place d'une thérapeutique d'avenir.

Ces leçons que les auteurs destinaient aux médecins plus encore qu'aux étudiants, ont été conçues dans un esprit essentiellement pratique. L'accent est porté non pas sur les grandes indications diététiques qui sont développées dans tous les traités, mais sur les détails les plus simples, sur les conseils les plus précis de vie et de régime.

En bref, il s'agit d'apprendre au médecin comment il doit commenter, devant le malade et sa famille, le régime limitatif et souvent de longue durée qu'il vient de prescrire. Egalement de donner les conseils d'hygiène alimentaire ou générale qui sont indispensables au petit dyspeptique comme au cardiaque, à l'obèse comme au diabétique, au nerveux ou à l'hypertendu, et qui ont parfois plus d'importance qu'une prescription médicamenteuse.





Dépôt légal. — 1947. — 3e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 39. — SAMEDI 27 SEPTEMBRE 1947 — 20e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr.
Chèques Postaux Paris : 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France...............	356 fr.
au lieu de ....375 fr.	
Un an : étudiant...............	190 »
au lieu de...............200 fr.	
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Equivalence de stage. — 1° Remplacement d'externes : Les étudiants faisant fonctions d'externes et désirant être autorisés à remplacer par ces fonctions certains stages de la Faculté sont informés qu'ils doivent fournir au Secrétariat (guichet n° 5) la proposition du directeur de l'A. P. (la demander au Bureau du Personnel Médical, 3, avenue Victoria).

Cette proposition devra être déposée au Secrétariat dans le plus bref délai après la prise des fonctions.

A la fin de ces fonctions, [illegible] intéressés devront se faire délivrer un [illegible]ficat par leur chef de service, contresi[illegible]ar le directeur de l'hôpital.

Ces certificats seront exigés lors de la prise des 3e et 4e inscriptions de l'année scolaire.

2° Internes ou faisant fonctions d'internes : Les étudiants internes titulaires ou suppléants des hôpitaux ne dépendant pas de l'A. P., doivent adresser à M. le Doyen une demande sur papier timbré à 20 francs accompagnée d'un certificat du directeur de l'établissement, afin d'obtenir la même autorisation.

Pour la délivrance de la 3e et de la 4e inscriptions de l'année scolaire, ils devront fournir des certificats de leur chef de service contresignés par le directeur de l'hôpital.

3° Les étudiants de 1re année ne sont pas autorisés à remplacer leurs stages hospitaliers par des fonctions.

Stages de 6e année. — En application du décret du 6 mars 1934, les étudiants de 6e année sont tenus d'accomplir deux stages de chacun quatre mois, de médecine générale, chirurgie générale, d'accouchement ou de spécialités à leur choix.

M. le Doyen tient à leur rappeler qu'ils ne seront admis dans les services hospitaliers, ou que, dans tous les cas, les stages qu'ils y auraient accomplis ne seront tenus pour valables, qu'autant qu'ils se seront inscrits, dans le délai réglementaire prescrit, au guichet n° 5 du Secrétariat.

La 23e inscription, dont la possession conditionne l'inscription aux examens de clinique, ne leur sera délivrée qu'après accomplissement du stage du 1er semestre dans les conditions réglementaires rappelées ci-dessus. De même la 24e inscription à la suite de laquelle ils sont admis à la soutenance de thèse ne leur sera délivrée qu'après accomplissement dans les mêmes conditions du stage du 2e semestre.

Examens de clinique. — Les étudiants ayant eu un échec à un examen de clinique sont obligatoirement tenus de refaire un stage de trois mois dans une clinique de la Faculté avant de pouvoir être autorisés à se représenter.

Exceptionnellement, et pour les étudiants n'ayant pas eu d'échec antérieur aux examens de clinique, le stage peut être réduit à deux mois par décision de M. le Doyen, prise après avis de la Commission scolaire.

Les internes ou externes titulaires au Concours des hôpitaux de l'A. P. ou de province pourront également, après demande à M. le Doyen, être autorisés à accomplir ce stage dans le service correspondant de l'hôpital auquel ils sont affectés.

Légion d'honneur. GUERRE

La nomination de chevalier de la Légion d'honneur de M. le professeur agrégé Stanislas de Sèze, que nous avons annoncée récemment, était accompagnée de la belle citation suivante que nous sommes heureux de publier :

« DE SÈZE, Stanislas, médecin capitaine des Forces Françaises de l'Intérieur,

« Dès 1941, s'opposant à l'action des autorités d'occupation et du gouvernement de Vichy, a contribué à la Résistance en organisant à son domicile un service de fabrication de faux papiers et une filière d'évasion vers l'Espagne.

« Hébergeant chez lui ou dans les services hospitaliers dont il avait la charge de nombreux patriotes, est parvenu à les soustraire à l'ennemi et a permis leur départ pour les Forces Françaises Libres.

« Pendant toute la durée de l'occupation, a toujours manifesté un esprit antiallemand et mis toute son activité et son courage au service de la Résistance.

« Patriote digne d'éloges, a bien servi la cause de la Libération. »

(Décret du 15 août. J. O., 23 août 1947.)

CHEVALIER. — Méd. comm. Bernos, Le Blouch, Audhuy, Peyron et Rimbaut ; méd. cap. Cléret ; méd. lieut. Prince.

Légion d'honneur. SANTÉ PUBLIQUE

OFFICIER. — MM. les Drs Cépède, Paul Nicaud, Jacques Ramadier, à Paris.

CHEVALIER. — MM. les Drs Bardon, à Brive ; Bastide, au Grau-du-Roi ; Delthil, à Saint-Denis ; Laget, au Vigan ; le professeur Lamarque, à Montpellier ; le Dr Paulet (Vendée) et Joseph Weill, à Paris.

EDUCATION NATIONALE

Agrégation. — Le J. O. du 16 septembre publie un arrêté en date du 10 septembre fixant les conditions autorisant les étrangers à se présenter en surnombre au concours d'agrégation des facultés de médecine.

SANTE PUBLIQUE

Concours de médecin inspecteur stagiaire de la Santé. — La date de ce concours est fixée au 17 novembre 1947.

Commission chargée du contrôle général des études et des stages, en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de puériculture. — Cette commission est composée comme suit : le directeur général de la Santé, président ; le directeur de l'Hygiène sociale, le directeur de l'Hygiène publique ; deux inspecteurs généraux de la Santé, dont un médecin ; MM. le prof. Robert Debré, le Dr Edmond Lesné, le prof. Marcel Lelong, les prof. agrégés Lacomme et Mayer, le Dr Rouèche et Mlle Greiner.
(J. O., 19 septembre 1947.)

Spécialités agréées. — Le J. O. du 20 septembre publie plusieurs arrêtés relatifs à ces spécialités et notamment un arrêté du 10 septembre 1947 portant abrogation de l'arrêté du 30 avril 1947 fixant la liste des spécialités susceptibles d'être fournies au titre de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

La liste fixée par ledit arrêté est remplacée par une nouvelle liste annexée à l'arrêté du 10 septembre et publiée par le J. O. du 20 sept., p. 9449 et 9450.

Transfusion. — Le J. O. du 18 septembre publie le règlement des centres de transfusion sanguine et de réanimation.

Hôpitaux psychiatriques. — M. le Dr Masson, médecin directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est affecté en qualité de médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin), en remplacement de M. le Dr Talairach, appelé à d'autres fonctions.

Travail et Sécurité sociale

Benzolisme. — Le J. O. du 18 septembre publie un arrêté fixant les termes des recommandations et avis indiquant les dangers du benzolisme.

Avis de vacances

— Un poste de médecin directeur est vacant au sanatorium de La Meynardie (Dordogne).

— Un poste de médecin adjoint est vacant au sanatorium de Plougonven (Finistère).

— Un poste de médecin adjoint est vacant au sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

Adresser les candidatures dans un délai de trois semaines (à dater du 16 septembre), au ministère de la Santé publique (Personnel, 3e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

— Un poste de médecin directeur des hôpitaux psychiatriques est vacant à la Colonie familiale de Dun-sur-Auron. (Délai de trois semaines à dater du 21 septembre.)

Salon de l'automobile

Malgré les incertitudes actuelles beaucoup de confrères s'intéressent toujours au Salon de l'automobile.

Un arrêté du ministre de l'Industrie et du Commerce, paru au J. O. du 20 septembre, fixe ainsi la date de ce Salon et d'autres manifestations :

Salon international de l'automobile, du 25 octobre au 5 novembre.

Salon international de l'emballage, 25 octobre au 5 novembre.

Salon international de l'embouteillage, 25 octobre au 5 novembre.

Salon nautique international, du 16 octobre au 2 novembre.

Cours

Chaires de physiologie et de médecine expérimentale. — MM. les prof. Léon Binet et André Lemaire organisent un cours supérieur de physiologie et de médecine expérimentale. Ce cours, qui aura lieu quatre fois par semaine, commencera le lundi 20 octobre au petit amphithéâtre. Il s'adresse surtout aux internes des hôpitaux qui se destinent aux concours. Droits : 3.000 fr. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté, guichet 4.

Journées de la clinique stomatologique, 23, 24, 25 novembre 1947. — M. le prof. Dechaume organise ces journées pour un nombre limité à 200 auditeurs. Droits : 1.500 fr. Renseignements et inscriptions au Secrétariat de la Faculté et salle Béclard.

Entretiens cliniques de l'hôpital Bichat. — Deux séries, 19 et 20 octobre, 21 et 22 octobre. Pour le programme détaillé, les renseignements et l'inscription, s'adresser à l'hôpital Bichat, boulevard Ney, Paris (18e). Tél. Marcadet 75-30 et 69-89.

Chaire de technique chirurgicale. — M. le prof. Pierre Moulonguet organise un cours d'anesthésie et de réanimation destiné aux docteurs en médecine, internes des hôpitaux et étudiants pourvus de 16 inscriptions. Droits : 3.000 fr. pour ceux qui en attendent une sanction universitaire. Cours libres pour les autres auditeurs.

Le cours commencera le 4 novembre 1947. Pour le programme, consulter les affiches.

INTERETS PROFESSIONNELS

Communiqué de la Chambre syndicale des médecins de la Seine, 14, rue Euler, Paris (8e) :

Impôts sur les garages. — Les confrères qui ont été imposés souvent lourdement sur des garages particuliers ou des garages en commun, sont priés de documenter le bureau de la Chambre syndicale sur cette imposition qui devient prohibitive.

Indiquer s. v. p. la mention « Impôt garages », de façon à ce que la Chambre syndicale possède une documentation pour agir utilement.

Restrictions alimentaires. Distributions de lait. — Le bureau de la Chambre syndicale des médecins de la Seine s'associe au vœu déposé au Conseil de la République par son vice-président, le Dr B. Lafay, sur l'utilité d'une distribution de lait aux enfants dans les écoles de la Ville de Paris et des agglomérations suburbaines.

Il demande que les vieillards ne soient pas oubliés, dont la modeste ration avec le régime 2 n'est, la plupart du temps, pas honorée. Il insiste aussi pour que le ministère attribue suffisamment aux mairies les feuilles de tickets nécessaires pour la satisfaction des besoins en lait concentré et en lait en poudre.

Naissance

Le Dr et Mme Jacques Loeper sont heureux de faire part de la naissance de leur fille Catherine, née à Cherbourg, le 18 août 1947. Paris, 3, square de Luynes.

Mariage

Le mariage de Mlle Renée Ducoulombier, externe des hôpitaux de Paris et de M. Gilbert Bosquet, interne des hôpitaux de Paris, a été célébré le 2 septembre, à Ferrières-en-Bray.

Renseignements

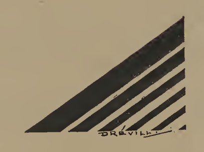
Jeune femme, veuve de médecin tué à la guerre, cherche place secrétaire ou infirmière chez médecin ou dentiste à Paris. Libre de suite. Ecrire à Mme Henri Tillé, 4, faubourg Charrault, Saint-Maixent-l'Ecole (Deux-Sèvres).

Infirmière diplômée d'Etat, ancienne élève de l'Ecole de la Salpêtrière, désire secrétariat médical ou situation dans une clinique. Mme Bodiguel, 18, rue de la Mairie, Bry-sur-Marne.


NOCTIVANE
COMPRIMÉS
★
Hypnotique d'action rapide
et de courte durée
★
A prescrire dans les cas
" d'endormissement "
difficile
THERAPLIX
98, RUE DE SÈVRES, PARIS-VII°


UN ALIMENT
de SECOURS
En cas d'intolérance lactée ou d'insuffisance du lait de vache, la farine diastasée SALVY est, dès le premier mois, l'aliment de secours du nourrisson.
Envoi sur simple demande adressée à SALVY, 4, Rue de Lambrechts a COURBEVOIE (Seine) du MEMENTO D'ALIMENTATION ET DE DIETETIQUE INFANTILES.
*Farine DIASTASÉE
SALVY
Préparée par BANANIA
ALIMENTATION
DU
NOURRISSON


SEDATAN
SÉDATIF
DE L'HYPERTENDU
HYPERTENSION
DRAGÉES
LABORATOIRE LEDENT - Montreuil-sur-Mer (P.-de-C.)



Aphasie par métastase cérébrale au niveau de la zone de Wernicke d'un cancer bronchique à évolution uniquement médiastinale sans signes médiastinaux

par Charles Massias
Professeur de clinique médicale
et Nguyen-Dinh-Hao
Chef de clinique à la Faculté de Médecine d'Hanoï

Voici une observation : 1° qui confirme la conception de Pierre Marie sur la topographie des lésions de l'aphasie ; 2° qui montre qu'un cancer bronchique peut évoluer uniquement dans le médiastin sans signes médiastinaux.

Observation

Un individu de nom inconnu, paraissant âgé de 50 ans, est amené dans le subéoma à l'hôpital à 19 h. 30, le 25 février 1941. Aucun renseignement n'est donné sur son identité, ni sur ses antécédents. Il présente un état subcomateux dont on le sort difficilement. Il répond aux questions par des sons inintelligibles. Pouls à 100, respiration à 20, température à 37°8, tension maximum 100, moyenne 80, minimum 60. Incontinence des matières. Il semble qu'il y ait au front, à gauche, les traces d'une chute. Les réflexes tendineux sont vifs des deux côtés, les réflexes cutanés plantaires sont en flexion des deux côtés. Le réflexes crémastérien, abdominal sont diminués à droite, l'hypotonie musculaire est plus marquée à droite. Pas de paralysie faciale, mais un strabisme interne à gauche. Il y a des signes méningés : raideur de la nuque, Kernig. On remarque en plus une cicatrice de bubon à gauche.

Le lendemain matin, l'état est soporeux, le malade comprend mal et émet des réponses inintelligibles, mais n'a pas de troubles de l'articulation des mots.

Le liquide céphalo-rachidien est clair : 6 lymphocytes, nombreuses hématies, albumine 0,30, B. W. négatif, réaction du benjoin colloïdal négative, pas de microbes, culture négative.

Sang : B. W. très positif (Ho). Uréc 0,25 p. 1.000, polypeptides 91,56 mmgr., créatinine 0 gr. 013, protéides totaux 66,50 gr. (albumines : 36,50 gr, globulines : 30 gr.), bilirubine 80 mmgr. Lipides totaux 5,20 gr., cholestérol total 1,50 gr. Chlore plasmatique 3,37 gr., chlore globulaire 1,77 gr. Glucose 1,42 gr.

Urine : pas d'albumine. Selles : amibes mobiles.

Deux jours après son entrée on note une très légère hémiparésie droite qui va s'atténuer très vite, mais on s'aperçoit que le malade est aphasique.

A) L'étude des fonctions verbales montre : parole spontanée et répétée. 1° l'absence de dysarthrie ou d'anarthrie ; 2° des troubles du vocabulaire : il répète toujours les mêmes mots, il n'émet le plus souvent aucun mot reconnaissable, il a de la paraphasie ; 3° ce malade est illettré : il ne peut subir l'épreuve de Proust-Lichtheim-Déjerine ; 4° il répète quelques mots simples.

B) L'étude de la compréhension de la parole montre qu'il peut comprendre et exécuter quelques actes très simples. Il n'est pas un sourd verbal.

C) L'étude de la lecture et de l'écriture est impossible.

D) *L'étude des fonctions intellectuelles* montre un élément amnésique prépondérant : le malade ne peut dire ni son nom, ni son âge, ni d'où il vient, ni où il habite.

Ses troubles hémiparétiques ayant été très transitoires, il peut aller et venir, mais il lui arrive de se tromper de salle. Il n'est pas possible de fixer son attention, de juger d'agnosies, d'apraxies possibles. Son analphabétisme, son inculture certaine ne permettent pas de pousser très loin l'étude de son déficit intellectuel qui est certain. De temps à autre il crie, exprime son intention de s'en aller, mais il ne peut préciser où est sa maison. Le 4 mars, le malade décède subitement à 10 heures.

En résumé, sans doute à la suite d'un ictus apoplectique, chez un syphilitique, apparition d'une très légère et éphémère hémiparésie droite et d'une aphasie, type aphasie de Wernicke, avec diminution de la capacité intellectuelle dominante et sans dysarthrie.

L'autopsie (n° 875) montre : 1° aux poumons (gauche 490 gr., droit 530 gr.), une petite caverne au sommet gauche, sans bacilles tuberculeux.

2° Dans le médiastin, une énorme masse adénopathique, dure, blanchâtre, bilobée, enserrant les bronches, qu'elle ne comprime pas, en arrière de l'artère pulmonaire et de ses branches non comprimées, au-dessous de la crosse aortique qui passe au dessus, en avant de l'œsophage qui n'est pas comprimé, cette masse a cinq cm. de haut, dix cm. de large et quatre d'épaisseur. Elle paraît être née aux dépens de la bronche souche droite.

3° Un athérome aortique de la crosse. 4° Un cœur de 250 gr. sans lésions apparentes. 5° Un ganglion parapancréatique paraissant caséeux, ce ganglion fut égaré et ne put être examiné histologiquement. 6° Des ulcérations amibiennes sigmoïdiennes. 7° Un foie de 1.170 gr., une rate de 90 gr., des reins petits, 95 et 75 gr., des surrénales de 5 gr. à gauche, 6 gr. à droite.

8° *Encéphales : a)* hémisphère cérébral droit, pas de lésions ; *b)* hémisphère gauche : α) rien dans la zone capsulolenticulaire, dans le quadrilatère de Pierre Marie ; β) un foyer de destruction cérébrale, encapsulé vers le centre ovale, de nécrose blanchâtre au centre, presque pulvérulente, intéressant la zone de Wernicke, ayant détruit la moitié postérieure de la première et de la deuxième temporales, cortex compris, s'étendant en hauteur jusqu'à la partie inférieure du *gyrus supramarginalis* respectant le pli courbe, atteignant sur coupe horizontale le bord du ventricule latéral ; γ) un foyer gros et arrondi comme une amande, encapsulé, blanchâtre, sous le cortex de la partie inférieure de la première pariétale.

Examen histologique (colorations trichromiques) :

1° De la masse médiastine adénopathique : plusieurs fragments ont été examinés. Il ne fait pas de doute qu'il s'agit d'un épithélioma bronchique, extrêmement métaplasique, issu des glandes bronchiques, se développant en dehors de la bronche, sous forme de vastes nappes de cellules cubiques, cylindriques, polymorphes, à grande activité karyokinétique ; peu de vascularisation. Beaucoup de cellules prennent le muci-carmin. La réaction fibreuse est presque nulle. On ne trouve plus de structure ganglionnaire.

2° *Cerveau gauche : a)* zone de Wernicke, fragments prélevés au niveau de la première temporale, de la deuxième temporale, du *Gyrus supramarginalis*, au niveau du cortex, au niveau de la substance blanche. Tous ces prélèvements montrent la même structure que la tumeur médiastine ; mêmes cellules cubiques, ébauchant parfois des pseudo-glandes, très souvent rayonnant autour d'axes vasculaires. Beaucoup de cellules prennent le muci-carmin.

b) Foyer métastatique sous-cortical de la substance blanche de la première pariétale gauche : même structure autour des foyers métastatiques, il n'y a pas de capsule. Le tissu nerveux est refoulé, tassé, malacique par places.

Colon sigmoïde : la muqueuse est amincie, œdématiée, la sous-muqueuse sclérosée, la musculeuse est très mince, avec beaucoup de fibres dégénérées. On n'a pas vu d'amibes (le malade avait subi un traitement émétinien).

Commentaires : 1° Cette observation anatomo-clinique confirme pleinement la conception de Pierre Marie sur l'aphasie.

Nous rappelons que Pierre Marie, en 1906, a montré : 1° que l'aphasie (aphémie) de Broca n'existe pas, n'est pas due à la lésion du centre de Broca, qu'il n'y a pas de centre du langage dans la troisième frontale gauche, que cette circonvolution ne joue aucun rôle dans le langage ; 2° qu'il n'y a pas de centres du langage ; 3° qu'il n'y a pas d'aphasies de conduction et de réception ; 4° que l'aphasie est constituée par un trouble de la compréhension du langage parlé, une diminution de la capacité intellectuelle, indépendante de l'exercice de la parole ; 5° qu'il n'y a pas d'aphasie sensorielle.

Pour Pierre Marie, il y a une anarthrie ou dysarthrie, due

à une lésion dans le « quadrilatère », capsule externe, noyau lenticulaire, capsule interne.

I) L'aphasie est « une », elle est due à une quelconque lésion localisée dans la substance blanche d'une zone temporo-pariétale gauche, comprenant les 1res et 2mes temporales, le *gyrus supramarginalis* et le pli courbe ; dans les deux premières, aphasie prédominant sur la dénomination des objets, dans le deuxième, aphasie globale, dans le pli courbe et les deux premières alexie prédominante. L'aphasie de Broca, c'est l'addition de l'anarthrie et de l'aphasie et des lésions décrites pour chacune. L'anarthrie est un trouble moteur pur, c'est l'ancienne « aphasie motrice sous-corticale », ce n'est pas de l'aphasie. « Ce qui fait l'aphasie, ce n'est pas le fait de parler mal ou de ne pas parler; c'est de ne pas comprendre, c'est de présenter une déchéance intellectuelle (Pierre Marie) ».

II) *Cette observation montre l'existence silencieuse d'un épithélioma bronchique à développement médiastinal, méconnue cliniquement*, parce que rien chez ce malade n'attirait l'attention sur un syndrome médiastinal : aucun symptôme de compression bronchique, vasculaire, œsophagienne, nerveuse n'était à noter. Ce fut là une découverte d'autopsie. L'examen anatomique montra que la masse adénopathique ne comprimait ni la veine cave supérieure, ni les bronches, ni l'œsophage. A la nécropsie, nous fûmes frappés par le développement de cette tumeur et par la coexistence des lésions cérébrales, vraisemblablement de même nature que la tumeur médiastine.

L'examen histologique nous fixa sur la nature de ces lésions, en réalité, représentant un épithélioma bronchique mucipare à évolution extrabronchique, médiastinal. Notons l'absence de développement intrabronchique, intrapulmonaire. Nous avons vu d'autres cancers bronchiques à évolution uniquement médiastinale.

Les tumeurs cérébrales métastatiques représentent, d'après Paillas (1) 10 % des tumeurs cérébrales. Les cancers mammaires et bronchiques sont les plus fréquemment en cause. Les cancers mammaires, propagés par voie lymphatique, sont en général uniques, méningés. Les cancers bronchiques embolisent par voie sanguine, les métastases sont multiples, nécrotiques, refoulent le tissu nerveux où ils provoquent des lésions malaciques. Presque toujours, d'après Paillas, le syndrome de tumeur cérébrale est absent, l'hypertension intracranienne est rare. La stase papillaire manque, la latence de ces métastases est très fréquente, la cachexie est rapide, les signes neurologiques sont multiples.

Dans notre cas, la destruction du tissu nerveux par la métastase provoqua un état subcomateux, une hémiparésie étroite éphémère et de l'aphasie ; notons une hyperalbuminose légère du liquide céphalo-rachidien, qu'a pu produire la lyse tissulaire.

Rien ne pouvait faire songer, cliniquement, à une métastase cérébrale d'un cancer bronchique, à forme médiastinale silencieuse.

Résumé. — Nous relatons un cas d'épithélioma des glandes de la bronche souche droite, à développement péribronchique, médiastinal, ne causant aucune compression, silencieux pendant la vie, n'ayant pas motivé un examen radiologique, et ayant produit une métastase dans le cerveau gauche, dans la zone de l'aphasie de Pierre Marie.

(Clinique médicale de la Faculté de Médecine de l'Indochine, Hanoï.)

(1) J.-E. Paillas : Les tumeurs cérébrales métastatiques. Thèse Marseille 1933. Etude de 21 cas de la clinique du professeur Roger et de 173 cas publiés.

Réunion du diabète à Vals-les-Bains

6 et 7 septembre 1947

Il y a un an, nos confrères de la Société Médicale de Vals et le distingué député-maire, M. Paul Ribeyre, se rencontrèrent avec M. le professeur Pierre Delore, de Lyon. De cettte conférence sortit l'idée d'une journée du diabète destinée à mieux faire connaître les ressources exceptionnelles de la Station, à cet égard.

Nos confrères de Vals se mirent donc au travail, en dépit des difficultés matérielles que tout le monde connaît. Ils réussirent, en un temps record, à organiser la réunion dont nous publions aujourd'hui le compte rendu.

Les trois séances de travail, les rapports et les discussions ont laissé à tous les assistants une impression très forte. Nos confrères de Vals et leur président, le Dr David, ont fait vraiment une œuvre utile. Connaissant la modestie de Maurice Uzan, qui assura le secrétariat, je n'insisterai pas sur son effort soutenu en vue de mener au succès une réunion de cette importance. Il fut remarquablement secondé par le Comité de propagande si représentatif de toutes les activités de Vals. Tous doivent être félicités.

La séance d'ouverture a eu lieu le 6 septembre dans la salle de théâtre du Casino. Les assistants furent exacts et les premiers furent M. le doyen Giraud et M. le professeur A. Puech (de Montpellier), puis M. le professeur Piéry et le Dr Milhaud arrivaient de Lyon. Le professeur agrégé Charles Debray (Paris), représentait le professeur Justin Besançon, retenu en Tchécoslovaquie par le Congrès international de balnéologie, qui nous priva également de la présence du professeur Pierre Delore. Les écoles de médecine eurent en M. le professeur Le Gac (de Rennes) un représentant très averti. La médecine militaire était représentée par M. le médecin commandant Camelin, de l'hôpital Desgenettes à Lyon, accompagné de plusieurs confrères de l'Armée et de la Marine.

Sur la scène avaient pris place, aux côtés des représentants des Facultés, le député-maire, M. Ribeyre ; le secrétaire général de la préfecture de l'Ardèche, M. Chabannes ; M. Froment, député et président du Conseil général ; M. Pierre Audigier, président de la Fédération des S. I.

Après les discours de bienvenue, le Dr David, président de la Société Médicale, fit acclamer à la présidence du Congrès M. le doyen Giraud et le travail commença aussitôt.

Dès le début, dans son premier exposé sur le coma diabétique, auquel il donna la forme d'une clinique extrêmement vivante, M. le président Giraud apporta aux séances de travail un éclat et une allure rarement atteints dans de telles réunions. De l'avis unanime, il fut le principal artisan du grand succès de cette réunion de labeur, interrompue seulement pour la visite de la Station et le dépôt d'une gerbe au monument aux Morts.

Après la clôture des travaux, un déjeuner confraternel, présidé par le député-maire, M. Ribeyre, réunit tous les congressistes Déjeuner simple, comme il convient, mais raffiné, dans lequel le directeur de l'Hôtel des Bains, M. Paul Caminale, montra qu'il était digne des grandes traditions de sa maison.

Puis le président donna le signal des toasts. Ils furent cordiaux et chaleureux, ils rendirent un respectueux hommage aux nombreuses dames présentes, ils constatèrent, enfin, le succès de ces journées qui auront, nous en sommes assurés, les plus heureuses conséquences pour la station et surtout pour les malades.

F. L. S.

PREMIERE SEANCE

Fluctuations anarchiques de la glycémie au cours du traitement insulinique de l'acidose diabétique. — Prof. G. Giraud, P. Mas et Bertrand (Montpellier) .— Relation de plusieurs faits de variations de la glycémie, déconcertantes par leur rapidité et leur ampleur au cours du traitement du coma ou du précoma diabétique par l'insuline, le sérum glycosé hypertonique, les alcalins.

En quelques heures, se sont produites des dénivellations comprises entre 0 gr. 40 et 9 grammes, les interventions thérapeutiques entravant des réactions brutales vers les extrêmes. Ces faits s'expliquent par la défaillance des fonctions glyco-régulatrices du foie, par l'intervention d'altérations ou troubles fonctionnels rénaux graves, peut-être aussi en partie par l'action de l'adrénaline.

De pareils faits soulignent la nécessité de la multiplication des examens humoraux *rapides* au cours du coma diabétique ; l'emploi de micro-méthodes est désirable, sinon les renseignements fournis au clinicien risquent d'être constamment en retard

par rapport à la réalité du moment qui seule importe pour la conduite judicieuse d'un traitement décisif. Et l'expérience montre, qu'en présence de fluctuations rapides d'un métabolisme affolé, l'intervention thérapeutique peut se trouver en défaut ou même risquer de s'exercer à contre-temps.

Comas hypoglycémiques itératifs déclenchés par absorption de bicarbonate de soude chez les diabétiques. — Prof. G. Giraud, A. Balmes et J. Mirouze (Montpellier). — Analyse des causes qui ont pu déclencher, chez un diabétique grave stabilisé, une série de comas hypoglycémiques coïncidant chaque fois avec l'addition de bicarbonate de soude au traitement insulinique et aussitôt jugulés par une injection intraveineuse de sérum glycosé hypertonique. L'importance des accidents d'une part, leur répétition de l'autre, empêchent d'admettre que ces comas itératifs — (survenus sans que rien n'ait été changé à la diététique ou à la posologie de l'insuline) — résultent de l'action hypoglycémiante adjuvante essentielle du bicarbonate non plus qu'à la libération d'insuline-protamine-zinc stockée sous l'influence du sel alcalin. Il est plus logique d'expliquer ces comas par une dyshépatie provoquée ou accrue par l'alcalose, le foie devenant momentanément incapable de parer à une hyperinsulinie temporaire par une libération neutralisatrice de glycogène.

Parenté clinique du diabète rénal et du diabète sucré. A propos d'une observation de glycosurique gravide à hérédité diabétique. — J.-M. Bert (Montpellier). — Relatant un cas de glycosurie gravidique chez une jeune femme, fille et petite-fille de diabétiques, l'auteur essaie de remonter à la pathogénie des faits de ce genre : après un rappel des données modernes de la physiologie et de la physiopathologie, il conclut à la possibilité d'un centre de contrôle diencéphalique s'exerçant sur l'activité du tube contourné. La perturbation de ce centre entraînerait un diabète rénal. De tels centres seraient de même touchés dans le diabète sucré et dans le diabète insipide. La proximité des centres invoqués expliquerait ainsi les associations, intrications et successions observés entre ces syndromes voisins.

A propos des états paradiabétiques. — A. Camelin et P. Accoyer (Lyon). — Les états paradiabétiques, lorsqu'ils ne relèvent pas d'une cause évidente, hépatique, infectieuse, endocrinienne, méritent une attention spéciale par le fait qu'ils constituent peut-être des états prédiabétiques. Leur recherche s'avère d'autant plus malaisée qu'ils sont aglycosuriques. Elle réclame la coopération étroite du chimiste et du clinicien pour de très nombreux dosages que seules les micro-méthodes permettent de pratiquer. Caractérisés cliniquement par une asthénie physique et psychique, un amaigrissement et d'autres signes mineurs, ils s'individualisent biologiquement par des glycémies variables d'un jour à l'autre, égales ou supérieures à 1,30 o/oo, atteignant parfois 1,70 et une réponse du type paradiabétique à l'épreuve d'hyperglycémie provoquée. Ils se distinguent du diabète aglycosurique par le fait que l'élévation hyperglycémique n'est pas proportionnelle à la quantité de glucose ingéré. L'intérêt pratique est d'instituer un régime diabétique élargi, une insulinothérapie minima et la cure thermale, pour éviter la transformation de l'état prédiabétique peut-être fonctionnel, en état diabétique.

Syndrome d'hyperinsulinie, séquelle d'interventions gastriques. — Ch. Debray (Paris). — L'auteur apporte cinq observations de malades opérés de l'estomac (gastrectomies et G. E.) ayant présenté, plusieurs mois après l'intervention, un syndrome ayant tous les caractères de l'hyperinsulinie : début à distance des repas, crise caractérisée par asthénie psychique et physique, sueurs, le tout cédant rapidement à l'absorption d'aliments, sucre surtout, et non modifié par les alcalins. Ces malades présentent des douleurs épigastriques à irradiation dorsale et un mauvais état général. Dans les cas où elle fut pratiquée, l'épreuve de tolérance à l'insuline par injection intraveineuse déclencha une crise analogue aux crises spontanées et, dans un cas, la glycémie tomba de 1,09 à 0,26 en 20 minutes ; au bout de 80 minutes, elle n'était encore qu'à 0,60. L'auteur discute rapidement le mécanisme de ces crises (pancréatite chronique, irritation pancréatique par l'anastomose, corrélations gastro-pancréatiques) et insiste sur l'intérêt de l'ingestion de glucose permettant de juguler rapidement les malaises.

L'insulino-résistance par baisse des réserves phosphatées de l'organisme. — Prof. Le Gac (Rennes). — La perte urinaire en phosphates dans l'acidose diabétique engendre une diminution de la concentration humorale en ions P^2 O^5 empêchant la synthèse facile du lactacidogène. C'est là un cas d'insulino-résistance fréquent, curable. Lorsque le rapport des phosphates à l'urée dans les urines est inférieur à 1/10, la thérapeutique par le phosphate de sodium s'impose absolument.

DEUXIEME SEANCE

Action des eaux minérales sur le métabolisme glucidique — Prof. A. Puech (Montpellier). — Dans son rapport, l'auteur, laissant de côté la question de l'acidose, traite de l'action des eaux successivement sur : *a*) la glycémie et la glycosurie ; *b*) le glycogène hépatique ; *c*) la glycolyse *in vitro* ; *d*) le métabolisme hydrocarboné intermédiaire.

Il montre les effets des diverses eaux minérales alcalines, sulfurées et arsenicales et passe en revue les travaux faits à l'étranger et en France. L'importante contribution de l'auteur et de son école à l'étude de la glycolyse en milieu hydrominéral, des variations de l'I. C. R. au cours du traitement thermal et où les eaux de Vals occupent une bonne place, constitue un élément important de ce rapport. L'amélioration de l'état de fond des diabétiques qui est susceptible d'en résulter justifie pleinement l'envoi traditionnel de ces malades, dans certaines conditions d'opportunité, aux stations hydrominérales qui en revendiquent le traitement, parmi lesquels Vals mérite une place de choix.

Influence de l'eau sulfureuse d'Uriage sur le diabète déterminé chez le lapin par l'injection intraveineuse d'alloxane. — Prof. A. Puech et Loubatières (Montpellier). — Le diabète alloxanique du lapin peut être un test précieux pour l'hydrologie expérimentale. Les auteurs ont vu l'influence bienfaisante de l'eau sulfureuse sur la glycosurie du lapin ainsi préparé. Ils comptent poursuivre leur étude avec d'autres eaux, en particulier les eaux alcalines.

Note statistique sur le traitement du diabète à Vals. — Dr David (Vals). — La cure à Vals des diabétiques gras, des petits glycosuriques donne toujours d'excellents résultats. Elle est par contre sans effets sur les diabètes consomptifs graves. Entre les deux extrêmes, les diabètes avec légère dénutrition, avec complications nerveuses ou circulatoires au début, avec acidose légère bénéficieront de la cure combinée insulino-thermale. Le cas du diabète infantile — si grave — est particulièrement suggestif à ce sujet.

Note sur l'action des eaux de Vals dans les états diabétiques. — Dr Uzan (Vals). — L'auteur rapporte ses expériences pratiquées avec une eau forte de Vals et montre tour à tour son action sur la glycémie des lapins, et sur une épreuve fractionnée d'hypoglycémie provoquée. Il met en lumière le renforcement de l'activité glycolytique des tissus d'animaux traités par cette eau. Sous l'action du traitement hydrominéral « fort » de Vals le métabolisme intermédiaire se modifie non seulement en ce qui concerne l'I. C. R. comme l'ont étudié Puech et Mounier, mais sur l'élimination carbonylée urinaire. L'utilisation des vitamines B et C est améliorée par la cure de Vals chez les diabétiques.

Note clinique sur le traitement des diabétiques à Vals. — Dr Bressot (Vals). — Après avoir rappelé les travaux de l'école lyonnaise des professeurs Piery, Enselme et M. Milhaud sur le rôle des eaux de « Dominique » sur le diabète, l'auteur reprend du point de vue clinique la question du traitement du diabète à Vals et appuie son étude d'observations circonstanciées.

Association de la cure de Neyrac à celle de Vals. — Le Dr Cerbet (Neyrac) parle de certaines formes de diabète avec dermatose.

TROISIEME SEANCE

La diététique du diabète dans les stations hydrominérales Organisation de la diététique dans les stations pour diabétiques. — Professeur Delore (Lyon). — Le Dr Milhaud présente cet important rapport qui conclut ainsi :

1° Il est conforme à la doctrine du thermalisme français que

nos stations affirment de mieux en mieux leur personnalité et une spécialisation au moins relative. Cela implique un apport d'organisation en rapport avec l'orientation de chaque station ;

2° Il est hautement désirable que celles de nos stations qui réclament des malades du tube digestif et de la nutrition, notamment des diabétiques poursuivent un tel effort jusqu'à l'achèvement, et d'abord l'organisation de la diététique.

Collaboration confiante entre médecins et hôteliers, effort de l'hôtellerie française pour cuisine de régime, discipline des restaurateurs et des curistes, possibilité de ravitaillement, telles sont les conditions et les directives majeures.

L'auteur formule le vœu que la station de Vals s'affirme comme un haut lieu du traitement des diabétiques, qu'elle devienne également pour eux un centre d'éducation ou de rééducation diététique et que pour cela les mesures que nous venons d'envisager soient mises en œuvre.

Discussion. — Le Dr Uzan (Vals) précise les efforts accomplis dans ce sens à Vals et que jalonnent les dates de 1887, 1934 et 1946. La Société Médicale de Vals a organisé avec le groupement hôtelier une carte de régime basée sur des données précises et qui semble pouvoir être adoptée par l'ensemble des hôtels et maisons de famille de Vals.

Après un échange de vues auquel prennent part MM. les professeurs Giraud, Puech, Piery, Le Gac, les Drs Milhaud, O'Followell, F. Le Sourd, Camelin, Uzan, le vœu suivant est adopté à l'unanimité.

VŒU

La Réunion Médicale du Diabète des 6 et 7 septembre 1947, à la suite des rapports présentés et des discussions auxquelles ils ont donné lieu, considérant que les propriétés des eaux de Vals les désignent tout naturellement pour la cure des diabétiques, considérant qu'il y a donc lieu de développer encore les efforts déjà réalisés à Vals en vue de l'organisation d'une diététique appropriée,

Emet les vœux suivants :

1° Qu'un laboratoire d'analyses et de recherches bien outillé soit installé dans les plus brefs délais ;

2° Que la cure diététique soit organisée dans les hôtels sous la direction du corps médical assisté d'une diététicienne qualifiée ayant pour mission l'éducation du malade, l'instruction du personnel hôtelier et le contrôle de l'exécution du régime. M. U.

Congrès d'hygiène scolaire et universitaire

25, 26, 27, 28 et 29 juin 1947

Le Congrès a réuni de très nombreux participants français et étrangers, entre autres les représentants officiels de Grande-Bretagne, Belgique, Hollande, Danemark, Suède, Suisse, Italie, Iran, Egypte, Brésil, Colombie, U. S. A., Canada, Roumanie, Argentine.

Mercredi 25 juin

M. Edmond Lesné, président du Congrès, souhaite la bienvenue aux personnalités françaises et étrangères et trace le programme de la réunion.

Mme Ardoin-Linossier, présidente de la Société des Médecins inspecteurs des Ecoles de la Seine, rappelle l'ancienneté et les travaux sur l'hygiène scolaire de cette association.

M. le Dr Grégoire, représentant du Canada, remercie, au nom des congressistes étrangers, et célèbre une fois de plus les liens de culture et d'affection qui unissent son pays à la France.

M. le professeur Binet, doyen de la faculté, accueille avec joie les congressistes et se félicite qu'après tant d'efforts pour se détruire les hommes se consacrent enfin à l'hygiène et à la protection infantile.

M. le Dr Cavaillon, directeur général de la Santé, rappelle les étapes difficiles de l'hygiène scolaire et universitaire. Il demande que les améliorations obtenues dans ce domaine soient maintenues à tout prix dans ces périodes de compressions budgétaires.

M. l'inspecteur général Piobetta, représentant le ministre de l'Education nationale, souligne combien son département s'intéresse à l'hygiène scolaire et universitaire dont il a maintenu intégralement les crédits au cours d'une réduction générale.

M. le professeur agrégé Turpin fait un exposé magistral de la médecine scolaire actuelle. Chargé de la prophylaxie anti-infectieuse, du dépistage de toutes les anomalies physiques et psychiques, le médecin examinateur scolaire doit être un pédiatre spécialement éduqué ; il doit garder un contact étroit avec les familles, les médecins traitants et le corps enseignant.

Présidence de M. Van Dongen (Hollande), puis de M. Magalhaes (Brésil).

RAPPORT I. — Les troubles de croissance des écoliers pendant et depuis la guerre :

1° Dr Boulanger-Pilet et M. Delagrange (Paris) : *Les troubles de croissance des enfants des écoles primaires de la région parisienne.*

On a observé à Paris un ralentissement de la croissance pendant la guerre. Le poids a particulièrement diminué, surtout à l'âge prépubertaire. La taille a été peu modifiée. Les troubles ont été moins accentués à Paris que dans certaines autres villes (Marseille, Oslo). Depuis la fin de la guerre la situation s'est améliorée, surtout grâce au marché parallèle qui n'est pas à la portée de toutes les familles. Les auteurs demandent l'augmentation de la ration de lait, la généralisation des goûters type C-10 et la réorganisation des cantines scolaires.

2° M. R. Sacrez, professeur agrégé (Strasbourg).

L'auteur étudie le problème dans toute la France et relate les divers travaux publiés depuis 1942. La situation des écoliers est encore précaire et nécessite à l'avenir une surveillance attentive.

3° M. G. Lefebvre (Lille) et R. Lefebvre (Arras) : *L'enfant dans la guerre.*

Les auteurs décrivent les principaux facteurs de perturbations chez les écoliers : déséquilibre moral, famine, bombardement. Ils préconisent, pour l'avenir, la dispersion des enfants à la campagne et les mesures d'hygiène physique et morale indispensables.

4° Professeur Maurice Duvernoy (Besançon) : *Les déficiences staturales et pondérales chez les petites filles.*

Présidence du Dr Grégoire (Canada).

RAPPORT II. — M. Clément Launay : *Enquête sur les retards scolaires dans une école du 19e arrondissement de Paris.*

Les déficits intellectuels sont très nombreux, atteignant de 25 à 33 % de l'effectif. Dans les classes supérieures les troubles de caractère, l'instabilité sont fréquents. Il faut multiplier les classes de perfectionnement, faire l'éducation des familles et préconiser l'élévation du « standing » de vie des milieux pauvres.

Mme Simone Marcus-Jeisler : *L'hygiène mentale à l'école.*

Beaucoup d'écoliers sont inadaptés au milieu scolaire. Les causes de ce déséquilibre sont d'ordre à la fois individuel (terrain psychique anormal) familial (conflits variés) et scolaire (régime mal adapté, efforts excessifs et mal dirigés). Il faut faire l'éducation des parents, améliorer le régime scolaire et multiplier les centres psycho-pédagogiques.

Présidence du Dr Bailliart (Paris).

RAPPORT III. — Mme Simone Delthil et M. Jean Voisin : *Les écoles d'amblyopes.*

Après un rapide historique les auteurs étudient le dépistage des amblyopes, les conditions requises pour leur enseignement (locaux, éclairage, mobilier, méthodes éducatives) et discutent la répartition de ces classes spéciales dans les divers groupes scolaires ou leur groupement en une école dans laquelle fonctionnerait un centre oculistique scolaire. De toute manière, il faut, à Paris, en quadrupler au moins le nombre.

Mme le docteur ODIC décrit les résultats obtenus dans une classe d'amblyopes parisienne qu'elle inspecte depuis des années.

Le Dr LIENHARD (Bruxelles) et miss Ethel YOUNG (Londres) exposent le fonctionnement des classes d'amblyopes dans leurs pays respectifs.

Le Dr BAILLIART préconise les classes d'amblyopes réparties dans les groupes scolaires normaux pour que les enfants à vue faible ne se sentent pas en état d'infériorité et suivent l'instruction normale.

Jeudi 26 juin

Présidence du Dr BRAUN (Suisse).

Le Dr BRAUN félicite les organisateurs de la réussite du Congrès et apporte le salut de la Suisse.

Le Dr LESNÉ adresse à la Suisse les remerciements de la France pour les services immenses rendus aux enfants de France pendant et depuis la guerre. Il adresse également ses très vifs remerciements à la Suède et au Danemark qui ont contribué, par des goûters et de nombreuses invitations, à rétablir la santé des écoliers sous-alimentés.

Le Dr DELTHIL présente les excuses du professeur R. DEBRÉ retenu aux U. S. A., des délégations de la Bulgarie, de la Pologne et du Luxembourg, qui n'ont pu se rendre à ce Congrès.

RAPPORT IV. — L'organisation rationnelle du travail scolaire en France et à l'étranger. — Projets d'améliorations.

A. Dr DELTHIL : *dans l'enseignement primaire.*

L'auteur étudie dans les différents pays : l'âge de la fréquentation scolaire, les horaires des classes et des récréations, les vacances, la culture physique. En France, les classes sont trop longues (1 h. 30), les récréations trop rares et trop courtes. Les vacances sont mal réparties, trop longues en été et insuffisantes en hiver. La culture physique et les jeux de plein air devraient, comme à l'étranger, être pratiqués chaque jour sous la direction des instituteurs. Il préconise sans modifier les programmes, les réformes nécessaires et demande l'assouplissement du système français trop uniforme et trop rigide.

Le Dr LAUFER et Mme SECLET-RIOU : *Réforme des horaires dans l'enseignement primaire du point de vue de l'hygiène*

Les auteurs étudient les réactions physiques et psychiques des écoliers au surmenage scolaire et proposent une réforme des horaires tenant compte des possibilités physiologiques des enfants.

M. ELLIOTT voudrait que la gymnastique restât confiée aux professeurs spécialisés et non aux instituteurs.

Le Dr DELTHIL distingue deux ordres de faits :

1° Les exercices physiques (jeux, exercices respiratoires) détente nécessaire, qui devraient être pratiqués chaque jour ou deux fois par jour et qui ne peuvent être confiés qu'aux instituteurs comme partout ;

2° La gymnastique corrective une ou deux fois par semaine, qui ne peut être dirigée que par un professeur spécialisé.

M. PAUMIER critique la répartition proposée des vacances. Actuellement les vacances d'hiver posent des problèmes d'organisations de transport, de chauffage, d'alimentation.

M. NOUAILLAC propose que les instituteurs fassent des stages dans des camps de perfectionnement pour diriger la culture physique.

Dr BRAUN. — En Suisse, c'est le département militaire fédéral qui donne les directives pour l'éducation physique. Les instituteurs suivent des cours de perfectionnement. Les vacances d'hiver durent trois semaines ; on organise des cours de montagne et de ski.

Dr MAROGER. — Les vacances d'hiver sont difficiles à réaliser, les écoles primaires jouant également le rôle de garderies. Il faut réduire le travail scolaire et raccourcir les classes.

Le Dr DARTIGUES insiste dans le même sens.

Le Dr MATTER (Strasbourg) préconise des horaires différents en hiver et en été.

Le Dr LAUFER a insisté dans son rapport sur la variabilité des horaires proposés, suivant divers facteurs. Les enfants se fatiguent plus vite en été, mais on ne peut réduire à l'excès les heures de classe, l'étude des programmes ne pouvant plus être terminée.

Le Dr Jean HALLÉ pose le problème des relations des médecins des maisons d'éducation avec les Assurances sociales et de leur mode de rétribution.

Le Dr BRAUN estime que ce problème est trop important et trop spécial pour être discuté à fond en cette séance.

Présidence du Dr BOJLEN (Danemark).

B. *RAPPORT IV (suite).* — Dr BENOIST : *L'organisation rationnelle du travail dans l'enseignement secondaire.*

Avant tout l'auteur insiste sur la nécessité du nombre d'heures de sommeil indispensables et de la détente nécessaire, l'extension des études dirigées (type 5e et 6e nouvelles) est souhaitable mais se heurte actuellement à des difficultés matérielles. Il faut diminuer les leçons et devoirs à la maison, alléger les programmes, réduire les épreuves du baccalauréat et multiplier les stades. Enfin des options nouvelles seraient à créer pour les jeunes filles.

Mlle POBY, conseiller technique pédagogique pour l'enseignement du second degré au ministère de l'Education nationale, fait certaines observations : le travail dirigé a pour but de corriger l'enseignement théorique en y substituant l'activité propre de l'enfant après recherche de ses aptitudes personnelles. Le temps de classe doit être assez long pour étudier un sujet. Enfin la question des options féminines est délicate. Il ne faut pas revenir à l'ancien diplôme de fin d'études secondaires féminin, déprécié et inefficace. Des cours de puériculture, d'hygiène sociale, etc., sont faits dans l'enseignement secondaire féminin et des options diverses pourraient être établies tant pour les garçons que pour les filles.

Le Dr PERRIN insiste sur la surcharge des programmes par l'extension des spécialités. Il souligne le bienfait des méthodes modernes (5e et 6e nouvelles). La demi-pension est souhaitable au point de vue pédagogique, mais parfois néfaste pour l'hygiène alimentaire.

Mme MARCUS : Le bourrage intellectuel est nocif. Il faut donner à l'élève une culture générale, une certaine discipline de pensée et non un enseignement encyclopédique. Les options féminines devraient être précoces.

Dr HALLÉ : Il faudrait simplifier non seulement les programmes du secondaire mais ceux des concours d'entrée aux grandes écoles.

Professeur FRANCHETTI (Rome) : Le surmenage scolaire existe également en Italie.

Le Dr FOURNIE insiste sur la fatigue et le mauvais rendement intellectuel à la suite d'après-midi de sports. Après les vacances, on observe parfois une diminution de la fonction respiratoire.

Le professeur JOANNON énonce les principes à respecter : équilibre physique, intellectuel, pratique. Les programmes accablants ne préparent pas l'enfant à sa vie future. Il faut diminuer et simplifier la grammaire, développer les options, enseigner dans la joie. Les maîtres doivent connaître à fond la psychologie et l'hygiène mentale.

Mme REMY demande la suppression des « colles » du jeudi et du dimanche.

M. ELLIOTT ne croit pas possible de supprimer les sanctions.

Mme MARCUS demande que les classes ne comportent pas plus de 25 élèves et préconise l'éducation des parents à propos des sanctions.

M. ELLIOTT insiste sur l'importance des changements de position chez l'enfant.

Présidence du Dr INT VELD (Hollande).

RAPPORT IV (suite). — Dr LACOURBE : *L'enseignement supérieur.*

L'auteur étudie les conditions de vie et de travail des étudiants. La plupart d'entre eux, faute de ressources suffisantes, doivent devenir salariés. Ils travaillent le plus souvent sans méthode en dispersant leurs efforts. Pour beaucoup d'entre eux, les distractions (bals, sorties nocturnes) sont une cause de fatigue.

Il faut améliorer leurs conditions matérielles (habitat, nourriture), les méthodes d'enseignement et leur état sanitaire par une propagande efficace, enfin favoriser l'éducation physique et les sports.

Le Dr Laurent traite de la *médecine préventive universitaire :* restaurants d'étudiants, cités universitaires, hygiène des loisirs, hygiène du travail en sont les principauv éléments. Il faut y adjoindre des dispensaires, un hôpital pour étudiants et une assurance maladie obligatoire.

Le professeur Duvernoy insiste sur la prévention des maladies par l'alimentation suffisante. La courbe de poids permet de déceler les carences alimentaires et d'y remédier.

Dr Lacourbe : L'étudiant utilise mal les tickets d'alimentation par suite des difficultés matérielles. Il faut créer des coopératives d'achat.

M. Trounain, président de l'A. G. des étudiants : Les suggestions faites sont insuffisantes. En majorité les étudiants sont sous-alimentés. Pour 120.000 étudiants, il existe 4.500 bourses d'un maximum de 3.000 francs par mois. Les crédits sont de 105 millions ; ils devraient être de 2 milliards et demi.

Présidence du Dr Abd-el-Gaivard Hussein-Bey (Egypte).

RAPPORT IV (suite). — Dr Buffel : *L'enseignement technique.*

L'auteur étudie les conditions du travail dans les centres d'apprentissage qui sont de création plus ou moins récente. Les notions d'hygiène sont à introduire par la généralisation des services médico-sociaux, la participation plus grande des médecins à la vie des centres, l'éducation des directeurs en ce qui concerne les questions médicales, l'étude des problèmes d'alimentation et de gymnastique, l'aménagement des locaux et du matériel.

Dr Kobler : Une expérience médicale dans le cadre des « classes nouvelles » à Lyon.

Vendredi 27 juin

Sorbonne : Séance commune avec le Congrès de la Ligue française d'éducation physique.

Présidence du Dr Gedda (Suède).

RAPPORT V. — Mme Le Grand Lambling : *La gymnastique corrective en milieu scolaire.*

L'auteur la définit ainsi : ensemble d'attitude et de mouvements spécifiquement étudiés et choisis en vue de remédier aux troubles fonctionnels de la morphologie et de la statique apparaissant ou évoluant chez l'écolier au cours de la scolarité. Beaucoup d'enfants en sont justiciables (parfois 75 %). Pour la réaliser, il faut :

1° Un local aéré, chauffé et exclusivement réservé ;

2° Des professeurs bien formés.

A ces deux conditions d'excellents résultats seront obtenus.

RAPPORT V (suite). — Dr Fournie.

L'auteur précise les limites du groupe III et les principes de la gymnastique corrective. Il préconise la généralisation et le perfectionnement des centres de rééducation physique.

Présidence du professeur Cramarossa (Italie).

Dr Porez : Application pratique de la gymnastique corrective tant chez les enfants normaux que chez ceux qui présentent des attitudes vicieuses.

Le Dr Cheesman (Grande-Bretagne) insiste sur l'insuffisance respiratoire, précoce et décelable par le médecin, certaines déformations existent déjà chez le nourrisson.

Le Dr Balland recommande d'augmenter la gymnastique corrective, de ne pas multiplier inutilement les centres et d'éviter d'encombrer les hôpitaux. Il insiste sur la nécessité d'une technique efficace.

Le Dr Boulanger-Pilet estimant que 50 à 60 % des enfants sont justiciables de la gymnastique corrective, adopte les conclusions de Mme Le Grand Lambling et demande que les jeux de plein air soient confiés aux instituteurs et la gymnastique aux professeurs qualifiés.

Mme Triboulet-Chassevent insiste sur le déséquilibre antéro-postérieur et latéral, décelables par le fil à plomb.

Mme Legrand Lambling souhaite une collaboration étroite entre les médecins scolaires et les éducateurs physiques.

M. Tissier : Culture physique artificielle grâce à l'électricité.

M. Petat : Centres de rééducation physique.

Mme Marthe Vyl : Les réactions psycho-motrices et leur valeur de tests.

Samedi 28 juin

Présidence : Dr Veesler (Roumanie).

RAPPORT VI. — Hygiène dentaire scolaire.

A) Professeur Dechaume : *Organisation médico-sociale de l'inspection et des soins dentaires.*

Il importe de dépister et de traiter les caries le plus tôt possible dès l'âge de 4 ans. Ces soins précoces réalisent une prophylaxie efficace qui a pu être réalisée aisément en certaines villes avec le concours des dentistes.

B) Dr Nespoulous : *Prophylaxie des maladies bucco-dentaires par l'hygiène et les traitements précoces.*

Les soins doivent être pratiqués dès l'âge de 2 ans. Il faut en plus préconiser une hygiène de l'alimentation, de la mastication, du brossage des dents et surveiller la denture très fréquemment.

C) M. Besolbes : *L'orthopédie dento-faciale dans le cadre de l'hygiène scolaire.*

Les soins doivent être entrepris précocement. Ils permettent de corriger les déformations du palais, d'améliorer la respiration nasale favorisant ainsi la ventilation pulmonaire et la croissance. Aux divers types d'appareillage doit s'ajouter une myothérapie des masticateurs.

Présidence du Dr Burtenshan (Grande-Bretagne).

RAPPORT VII. — L'alimentation à l'école.

A) Dr Sutter : *Les bases de l'alimentation dans les écoles.*

L'auteur étudie comparativement les résultats des distributions de lait et d'autres repas (type Oslo). Outre leur rôle entrophique, ces aliments supplémentaires modifient heureusement les habitudes des enfants et des parents.

B) Dr Paulier : *L'alimentation rationnelle.*

Le rapporteur décrit le fonctionnement des cantines : aspect administratif (gestion, ressources, contrôle), technique (ravitaillement, personnel, matériel, préparation culinaire), biologique (menus, contrôle sanitaire et social, climat affectif, rôle éducateur). Une cantine bien dirigée donne les meilleurs résultats.

Dimanche 29 juin

Présidence du Dr Alport (Grande-Bretagne).

Mlle Tisserand : Les engelures pendant la guerre et l'après-guerre dans un groupe scolaire.

Dr Boltansky : Rapports entre le signe de Chvostek et le travail scolaire.

Min. Cel. Sieur : Résultats des examens radiologiques ambulatoires dans le dépistage de la tuberculose.

Le Dr Douady insiste sur l'efficacité de cette méthode. Cette importante question (faut-il ne radioscopier que les cuti-positives, les enfants déshabillés, préférer la radiophotographie, etc.), sera l'objet d'une discussion à un prochain congrès.

Présidence : Dr Lavalle (Argentine).

Dr Bojlen (Danemark) : Le contrôle de la tuberculose dans les écoles de Copenhague.

Dr Cheeslan (Grande-Bretagne) : Développement et aptitudes physiques de l'enfant à l'école, graphiques ingénieux avec arrière-plans permettant la lecture immédiate de l'état de santé de toute une classe.

Dr Magalhaes (Brésil) : Service médico-scolaire avec des attributions thérapeutiques à Rio.

Dr Crangus : L'hygiène scolaire et universitaire en Roumanie.

Dr Pierre Loo : Le surmenage scolaire.

Dr Vra Kovarsky : Comment apparaît le bégaiement chez un enfant gaucher contrarié.

MM. H. Goutelle, S. Bonfils et Mlle Ch. Larnay : Etude de la vitamine C du sang chez des enfants participant à la cantine d'une école parisienne.

Dr Abd el Gaivard Hussein Bey : L'inspection médicale scolaire en Egypte.

VOEUX DU CONGRES

1° Hygiène générale : respecter le sommeil et le besoin de mouvement, raccourcir les classes, augmenter les récréations et répartir mieux les vacances. Interdire les réunions d'adultes dans les écoles, alléger les programmes scolaires. Améliorer les conditions de vie des étudiants.

2° Hygiène spéciale : favoriser l'enseignement des déficients intellectuels, caractériels et visuels par l'augmentation des classes spéciales.

3° Hygiène musculaire : généralisation d'une gymnastique corrective bien au point.

4° Hygiène dentaire : détection et soins précoces de la carie des écoliers.

5° Hygiène alimentaire : amélioration des cantines et généralisation d'une alimentation supplémentaire.

Création de l'Association Internationale d'Hygiène Scolaire.

Présidence de M. Edmond Lesné.

Le samedi 28 juin, le Dr Delthil, secrétaire général, rappelle que l'Association fondée en 1939 par M. Dufestel et Laufer n'avait qu'une existence théorique. Actuellement, la création de l'Unesco et de l'Organisation mondiale de la Santé, l'activité de la Direction et de l'Hygiène scolaire et universitaire permettent d'obtenir des résultats concrets.

Il importe que des contacts s'établissent entre tous les pays au sujet de l'Hygiène scolaire.

L'orateur propose que chaque pays forme un Comité d'Hygiène scolaire et que l'Association Internationale siège à Paris, sous l'égide de l'Unesco et de l'O. M. S. Un rapport serait publié chaque année, relatant les progrès accomplis en divers pays dans le domaine de l'Hygiène scolaire. Des congrès internationaux seraient organisés périodiquement.

M. Gabriel, de l'Unesco, promet l'appui de l'organisation à la future association.

Les délégués des 19 nations votent la proposition du secrétaire général, sous réserve de l'acceptation de leurs gouvernements respectifs.

Sur la proposition du Dr Int'Veld, le Dr Lesné est élu président et le docteur Delthil, secrétaire général de l'Association internationale d'Hygiène scolaire.

Manifestations diverses

Les Congressistes ont pu visiter le Centre Psychopédagogique du lycée Claude-Bernard, l'Ecole de plein air de Suresnes, l'Institut Dentaire Eastman (le Centre de rééducation physique scolaire du boulevard Jourdan) le Centre Social du Vert-Bois, le Sanatorium des Lycéens de Neufmoutiers-en-Brie, le Centre de Rééducation des Arriérés de Souppes, le Centre Médico-Scolaire de Fontainebleau, la Cantine modèle de Montgeron.

Un banquet à la Cité Universitaire, sous la présidence du Dr Lesné, a réuni le 28 juin la plupart des congressistes français et étrangers.

En résumé, ce premier Congrès d'Hygiène Scolaire et Universitaire a été couronné d'un plein succès et a montré l'intérêt que tous les pays portent aux questions étudiées au cours de cette manifestation.

Pour se procurer les rapports (1 volume : 310 francs), écrire au Dr Mathé, 29 bis, rue Pierre-Demours, Paris (17e). — C. C. P. 353-07 Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 14 juin 1947

Mode d'action de la streptomycine sur le « Bacillus anthracis in vitro ». — MM. C. Levaditi et J. Henry ont constaté que la streptomycine est un puissant antibiotique à l'égard de ce bacille, provoquant une anabiose précoce et totale, puis à bref délai des modifications morphologiques et tinctoriales à l'imprégnation argentique.

Fractionnement des protides en faible concentration. — MM. A. Baudouin, J. Lewin et R. Hillion, étudiant le fonctionnement par le sulfate d'ammonium à demi-saturation, de solutions très diluées de protides, retrouvent de très faibles concentrations d'albumine et de globuline.

Mise en évidence par absorption des anticorps du pouvoir antigène des tissus typhiques lavés. — MM. P. Giroud et J. Jadin ont constaté que les tissus où ont cultivé les rickettsies, broyés et lavés, gardent une quantité mesurable d'antigène pouvant fixer les agglutinines.

Pouvoir antigène de divers extraits de poumon de lapin infecté de rickettsies. — MM. Paul Giroud et Giacinto Ciaccio ont extrait facilement, du poumon de lapin infecté des rickettsies, un produit soluble pourvu de pouvoir antigène, et cela avec divers liquides extracteurs. Les divers antigènes ainsi obtenus peuvent être précipités au sulfate d'ammonium par dessiccation.

Recherches sur la toxine typhique : action combinée du formol et de la chaleur sur la toxine typhique ; vaccination des lapins avec la toxine formolée. — M. S. Mutermilch.

Inversion par l'ergotamine des effets hypotenseurs exercés par deux amino-alcools diphénoliques apparentés à l'adrénaline. — MM. R. Hazard, M. Beauvallet et R. Giudicelli ont, avec l'ergotamine, aux doses où elle diminue sans les inverser encore les effets hypertenseurs de l'adrénaline et de la 3-4-dioxynoréphédrine, inversé chez le chien les effets hypotenseurs de la 3-4- dioxynoréphédrine et de l'isopropyladrénaline.

Intoxication histaminique du cobaye par voie gastrique. — MM. J.-L. Parrot, M. Gabe et A. Herrault ont ainsi provoqué une intoxication aiguë rapidement mortelle, dont ils précisent les lésions histologiques.

Intoxication aiguë du cobaye par administration simultanée d'histamine et de putrescine. — MM. J.-L. Parrot, M. Gabe et A. Herrault ont pu déterminer la mort du cobaye, avec lésions histologiques de type histaminique, en introduisant consécutivement dans l'estomac des doses isolément inférieures à la demi-mortalité d'histamine et de putrescine.

Propriétés physostigminiques d'un curare synthétique. — MM. B.-N. Halpern, Ph. Benda et G. Bourdon montrent, sur le muscle dorsal énervé de sangsue et par dosage de la cholinestérase sérique, que le di-iodoéthylate bis (quinoléyloxy- 8') 1.5-pentane, curarisant de synthèse, possède en même temps des propriétés physostigminiques puissantes, preuve supplémentaire que le mécanisme de l'antagonisme curare-physostigmine ne repose pas sur l'intervention de la cholinestérase.

Séance du 28 juin 1947

Influence du pH et de quelques autres facteurs, au cours du fractionnement des solutions diluées de protides par le sulfate d'ammonium à demi-saturation. — MM. A. Baudouin, J. Lewin et P. Hillion concluent au rôle important joué par différents facteurs au cours du fractionnement et les conditions bien déterminées nécessaires à l'obtention de résultats corrects.

Sur la vasodilatation périphérique d'origine adrénalinique. — MM. L. Binet et M. Burstein, par perfusion de la patte d'un chien circulatoirement isolée et nerveusement intacte, montrent que la vasodilatation réflexe déterminée au niveau de la patte par injection d'adrénaline, est conditionnée par une inhibition des vasoconstricteurs et une excitation des vasodilatateurs.

Les modifications apportées par la présence de gaz carbonique aux effets sur l'excitabilité nerveuse de l'homme de la respiration de mélanges anoxiques ou hyperoxiques. — MM. J. Beyne, P. Chauchard et Mme B. Chauchard constatent que le gaz carbonique exerce une action antagoniste transitoire aussi bien sur les effets de l'anoxie que sur ceux de l'hyperoxie. Les atmosphères anormalement oxygénées modifient la sensibilité au CO_2.

Inhibiteurs de la cholinestérase spécifique et de la pseudocholinestérase. — Mme A. Denys et Mlle J. Lévy ont étudié, au point de vue de l'électivité de leur pouvoir inhibiteur sur la pseudocholinestérase et sur la cholinestérase spécifique, un certain nombre de substances d'action fort différente (ésérine, procaïne, caféine, eucodal).

Détermination de l'activité de la pseudocholinestérase en présence de cholinestérase spécifique. — Mme A. Denys et Mlle J. Lévy ont pu faire ce dosage sur le rectus abdominis de grenouille contracturé par la benzoylcholine.

Rigidité de décérébration chez le crapaud. — M. L. et Mme M. Lapicque.

Mise en évidence d'un effet de potentialisation de l'acétylcholine et d'une diminution concomitante de l'excitabilité des fibres parasympathiques sous l'influence d'un curare synthétique. — MM. B. N. Halpern, Ph. Benda et G. Bourdon signalent cet effet de potentialisation de diverses actions de l'acétylcholine par un curare de synthèse, renforcement qui s'accompagne de l'inhibition paradoxale de l'excitabilité des fibres parasympathiques.

Indication de l'injection de rappel en fin de gestation chez les juments poulinières pour assurer au poulain une bonne immunité. — MM. E. Lemetayer, L. Nicol, L. Jacob, O. Girard et R. Corvazier insistent sur l'intérêt de l'injection de rappel contre le tétanos à la fin de chaque gestation, pour obtenir une immunité suffisante chez le poulain.

Election. — M. P. Benoit est élu membre titulaire.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

30 *avril.* — Mlle Schlesinger. — Action antispasmodique des bromures alcalins.
M. Boniface. — Thiouracil et Methylthiouracil et aminothiazol.
M. Hinerang. — Tuberculose humaine d'origine bovine.
M. Fery. — Mystérieuse maladie chez les nourrissons.
Mme Cottard. — Origine congénitale de la sténose pylorique du nourrisson.
Mme Girod. — Chylothorax spontané chez le nouveau-né.
M. Gautier. — Corps soufrés dans l'intoxication benzolique.
M. Morenvilliers. — Médication martiale.
M. Bodin. — Accidents de l'insulinothérapie.
M. Gouesnard. — Pénicillinothérapie des scarlatines.
M. Tilmant. — Céphalie dans l'hypoglycémie spontanée.
M. Czamarka. — Suicides conjugaux et épidémiques.
M. Sauze. — Risques de silicose dans l'industrie des produits réfractaires.

2 *mai.* — M. Dijon. — Recherches chez un diabétique, sur l'hypoglycémie par insulinothérapie.

5 *mai.* — Mlle Trélu. — Action toxique de la vitamine D_2.
M. Surun. — Hémorragies utérines de la jeune fille.
M. Roche. — Accidents par l'anhydride phtalique dans l'industrie.

8 *mai.* — M. Remon. — Observation de complications nerveuses dans le purpura.
M. Layet. — Lithiase cholédocienne.
M. Vexler. — Pervers instinctifs.
M. Bonnardot. — Aspects de la tuberculose en milieu rural.
M. Masson. — Traitement des plaies par plaques et feuilles d'aluminium.

21 *mai.* — M. Hugodot. — Rhumatismes acromégaliques.
Mme Puaux. — Tics chez les enfants.
M. Boujon. — Le spasme nutant.
M. Nattaf. — Gangrène bullo-serpigineuse.
M. Peuvion. — Syphilis transfusionnelle.

23 *mai.* — M. Lupu. — Le carnet de santé.
M. Meilland. — Abcès non amibien du foie.
M. Renoir. — Observations de tétanos du nouveau-né.

29 *mai.* — M. Debuisson. — Epilepsie végétative.
M. Lebret. — Pronostic des tumeurs kystiques de l'ovaire.
M. Merer. — Péritonites encapsulantes.
Mme Boulle. — Rétrécissement mitral.

30 *mai.* — M. Chanu. — Réticulosarcome ganglionnaire.
M. Marghe. — Recherches sur certains métabolismes vitaminiques.
M. Rosenberg. — Hypertrophies pyloriques idiopathiques de l'adulte.
M. Schreir. — Blennorragie chez l'homme.
M. Anguet. — Affections chirurgicales.
Mme Germain. — Péricardite tuberculeuse de primo-infection.
M. Harmoniaux. — Deux cas de méningite à liquide clair.
M. Courghet. — Etude neurologique des intoxications.
M. Kulik. — Sur un cas d'encéphalite.
M. Weissman. — Méningite cérébro-spinale.
M. Chéron. — Ostéose thyroïdienne.
M. Gérard. — Le laboratoire des hôpitaux psychiatriques.
M. Vallois. — Tuberculose pulmonaire de l'adolescent.

31 *mai.* — M. Bertin. — Antibiotiques nouveaux.
Mme Passant. — La gomme de Carouele.
M. Mugnier. — Alimentation et nutrition en stomatologie.
M. Goudaert. — Hémastose biologique.
M. Meyer Jacques. — Intoxication oxycarbonée chronique.

THESES VETERINAIRES

6 *mai.* — M. Libeau. — Moyens de lutte contre la dourine.
M. Durin. — Histoire d'une porcherie lorraine au point de vue épidémiologique.
M. Lemay. — Actynomycose linguale des bovidés.
M. Leparc. — Remèdes et superstitions populaires en médecine vétérinaire.
M. Dufrêne. — Effets thérapeutiques de la vitamine D.

LIVRES NOUVEAUX

L'Homme et la Lumière. — Bains d'air, Bains de Lumière, Bains de Soleil (3e édition), par le Dr FOUGERAT DE LASTOURS. Un volume in-12 carré de 256 pages, 210 fr., franco 230 fr. Editions du Nouvel Humanisme, Garches (S.-et-O.)

La thèse du Dr Fougerat sur les bienfaits de l'ensoleillement et ses méthodes, qui fait « autorité » par l'évidence scientifique et l'utilité pratique de son exposé, à ce point qu'elle a dû être remise en librairie et vulgarisée, est sans cesse réclamée après deux éditions. Elle s'impose maintenant pour servir de « bréviaire » aux néophytes toujours plus nombreux de la « cure solaire ».

Elle établit d'une façon définitive pour les « hésitants » la grande utilité de l'ensoleillement, qui en mettant l'homme en contact étroit avec la source de la vie physique, le stimule en réintégrant sa nature dans la nature plus grande qui le vivifie et le développe.

Elle indique aux « convaincus » les méthodes à suivre pour en retirer le maximum d'avantages sans inconvénients, en les prémunissant contre les imprudences et les exagérations, en les avertissant des contre-indications, en les encourageant dans la voie d'un entrainement gradué et raisonnable.

Elle explique l'intérêt capital qui s'attache à la « pigmentation » génératrice du pigméntoderme, cette troisième peau interne accumulatrice d'énergies solaires de réserve, antenne qui nous met en réceptivité synchrone avec les énergies radiantes de l'univers, et dont la disparition chez les races blanches est cause dernière de la déficience de ces races.

Elle montre que la gymnité totale seule peut assurer une hygiène solaire équilibrante, en évitant les congestions locales, en répartissant également l'action solaire et met en valeur son importance pour la vitalisation et la normalisation de « toutes les glandes », dont les glandes sexuelles sont primordiales.

Elle « rassure » ceux que la nudité effaroucherait par un rapide exposé historique de cette nudité, innocente par elle-même, et qui ne prend de signification dans un sens ou dans un autre que selon l'orientation de la pensée qui dirige l'esprit et le cœur de celui qui la pratique.

A tous les sportifs épris de grand air, de la lumière, de la nature, comme à tous les sous-valents de la vie qui cherchent une régénération en se tournant vers le jour, le livre du Dr Fougerat apporte la joie et l'espoir par des explications claires et décisives, par l'exposé d'une méthode expérimentée et sûre, par des éclaircissements de moralité, par des exemples encourageants et nombreux, qui remportent le consentement de tous ceux qui aspirent à être complètement des hommes.

Faut-il fonctionnariser la Médecine, par le Dr Jean RAMIER. Agence Technique du Livre, 13 rue Théodore-Deck, Paris (15e).

Au moment où les lois sociales de la plus haute importance sont en chantier, il apparait indispensable que le public soit éclairé sur les divers aspects du problème médical actuel.

Des sommes considérables affluent dans les caisses de la Sécurité Sociale et pourtant les administrateurs de celle-ci se demandent avec angoisse s'ils pourront continuer à rembourser aux assurés leurs frais médicaux.

L'équilibre budgétaire nécessaire est impossible si l'on ne connaît pas à l'avance le chiffre des dépenses et on ne peut établir ce chiffre s'il demeure proportionnel au nombre des actes médicaux accomplis. D'autre part, malgré l'effort considérable des caisses l'écart est trop grand entre les tarifs de remboursement et les sommes effectivement réclamées par les médecins.

La question se pose donc : l'exercice actuel de la médecine est-il compatible avec l'organisation de la Sécurité Sociale et peut-on se refuser à étudier de près les arguments en faveur de la « fonctionnarisation » de la Médecine ?

L'idée n'est pas nouvelle, mais pour la première fois le Dr Jean Ramier dans « Faut-il fonctionnariser la Médecine » expose au grand public un plan complet.

Manuel de gymnastique corrective et traitement respiratoire : biométrie, colonne vertébrale, pédagogie, régénération, par André DE SAMBUCY, médecin gymnaste. Un vol. in-8, de 451 pages et 261 figures, prix 810 fr. 4e édition revue et augmentée accompagnée de 10 planches murales. Amédée Legrand et Cie, éditeurs. Paris, 1947.

L'auteur possède une expérience personnelle très importante car il a étudié sur lui-même, sur ses camarades et sur ses élèves toutes les études qu'il préconise.

Il apporte aujourd'hui un manuel qui est un véritable traité de l'éducation physique. « Se travailler soi-même, faire travailler les malades, écrire pour les futurs élèves des Facultés de Gymnatisque qui seront créées un jour, voilà, écrit-il, ce qui nous semble être un but utile. »

Il est difficile de résumer un ouvrage aussi important que celui-ci, il faut le lire, et sa lecture est singulièrement facilitée par la richesse de son illustration.

A notre époque où l'éducation physique et sportive est plus que jamais à l'ordre du jour, le livre de M. de Sambucy apporte une contribution certaine.

L.

Les irradiations localisées faibles dans la Röntgenthérapie des cancers, par M. P. LE GOFF, médecin chef du laboratoire d'électroradiologie du département de la Seine. Un vol. in-8, de 126 pages. Amédée Legrand et Cie, éditeurs. Paris, 1947.

L'Hyperinsulinie. Les états de suractivité fonctionnelle du pancréas endocrine en médecine expérimentale et en clinique, par M. SENDRAIL, professeur de pathologie générale à l'Université de Toulouse. Un volume de 256 pages avec 25 figures et 2 planches en couleurs. Masson, Paris.

Cette monographie constitue un exposé d'ensemble des recherches expérimentales et cliniques que l'auteur a poursuivies depuis quinze ans.

C'est la première étude d'ensemble consacrée au problème biologique et clinique de l'hyperinsulinie. A la lumière des faits rassemblés, la suractivité sécrétoire du pancréas endocrine apparait comme une réalité expérimentale, anatomique et pathologique.

Expérimentalement, il est possible, par des méthodes diverses, d'obtenir une activation, transitoire ou permanente, des îlots. Il est plus particulièrement insisté ici sur la technique appliquée par l'auteur (énervation sympathique exclusive, les fibres parasympathiques étant respectées).

Anatomiquement, on enregistre, dans de multiples occurrences, physiologiques ou morbides, des images d'hyperplasie langérhansienne. Celles-ci ne témoignent toutefois d'une hyperinsulinie fonctionnelle vraie qu'à la condition d'intéresser les types cellulaires effectivement insulinogènes. On trouvera dans l'ouvrage les techniques qui permettent d'identifier ceux-ci et par conséquent de définir des critères cytologiques d'activité insulaire.

Cliniquement enfin, on est amené à reconnaître dans diverses manifestations, non seulement aiguës mais aussi chroniques, la traduction symptomatique d'une hyperinsulinie. La signification respective des méthodes d'investigation de la fonction insulaire (tests de tolérance au glucose, tests de tolérance à l'insuline, etc.), ainsi que le syndrome humoral de l'hyperinsulinie sont précisés.

Hormonologie sexuelle humaine, physiologie, pathologie, thérapeutique, par Mme F. MORICARD, chargée de la consultation d'endocrinologie de la clinique gynécologique de Paris. Préface de R. MORICARD, chargé de maîtrise de conférence à la Faculté des sciences de Caen, directeur à l'Ecole des Hautes Etudes.

(Travail de la clinique gynécologique, professeur P. Mocquot, et du laboratoire d'hormonologie et cytologie expérimentale à l'Ecole des Hautes Etudes, à Paris).

Un vol. gd in-8° de 382 p. Masson et Cie, éditeurs à Paris.

La sédimentation sanguine, pratique médicale courante, par Jean BARBIER et Gabriel PIQUET.

Préface du professeur FROMENT.

Deuxième édition, suivie d'une étude physique et biologique du phénomène, par le Dr Jacques BADIN.

Un vol. gd in-8° de 176 pages, prix : 230 fr. Masson et Cie, éditeurs à Paris, 1946.

Dépôt légal. — 1947. — 3° trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VII°).

N° 40. — SAMEDI 4 OCTOBRE 1947 120e ANNEE Ce numéro : 10 francs



La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

Abonnements

Un an : France	356 fr.
au lieu de ....375 fr.	
Un an : étudiant	190 »
au lieu de..............200 fr.	
N° de 10 francs	9 »
N° de 7 francs	6 »

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris

Par arrêté en date du 18 septembre 1947, la chaire de physiologie (titulaire : M. Charles Richet), prend le nom de chaire de clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires.

Certificat de radiologie et d'électrologie. — Inscriptions du 20 octobre au 7 novembre. Début du cours : le 10 novembre.

Examens du certificat et du diplôme de radiologie. — Inscriptions du 10 au 25 octobre. Les examens auront lieu les 5, 6 et 7 novembre (dates provisoires).

Facultés de province

Alger. — La chaire de bactériologie (dernier titulaire : M. Pinoy) a été déclarée vacante.

Bordeaux. — M. Mayer, agrégé d'histologie près la Faculté de médecine de Toulouse est transféré à compter du 1er octobre 1947 dans le poste d'agrégé de la même spécialité vacant à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Montpellier. — La chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie (dernier titulaire : M. Albert Puech, transféré), a été déclarée vacante.

Légion d'honneur. FRANCE D'OUTRE-MER

CHEVALIER. — M. André Zeganadane, médecin local principal, professeur à l'Ecole de médecine de Pondichéry.

Médaille d'honneur des épidémies

MÉDAILLE DE BRONZE. — Méd. cap. Valdeyron, méd. cap. Comptour, méd. lieut. Blanquet.

EDUCATION NATIONALE

Direction de l'Hygiène scolaire et universitaire

Deux médecins conventionnés d'Hygiène scolaire sont demandés pour le département de l'Eure-et-Loir.

Deux médecins conventionnés d'Hygiène scolaire sont demandés pour le département du Cher.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Pelletier, médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire, 5, rue Auguste-Vacquerie, Paris (16e).

Dépistage de la tuberculose. — Le J. O. du 27 septembre publie un arrêté relatif à la surveillance médicale du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres en ce qui concerne le dépistage de la tuberculose.

FRANCE D'OUTRE-MER

Médecins africains. — Le J. O. du 27 septembre 1947 publie le décret n° 47-1895 du 26 septembre instituant un concours annuel entre les médecins africains volontaires pour poursuivre leurs études en vue de l'obtention du diplôme d'Etat du doctorat en médecine.

Le décret prévoit un certain nombre de bourses qui ne seront attribuées qu'aux candidats pourvus du baccalauréat secondaire (1re et 2e parties). Cette condition est « sinc qua non ».

Les candidats non pourvus du diplôme de bachelier recevront une affectation de service les mettant dans les conditions les plus favorables pour la préparation du diplôme exigé.

Les médecins africains désignés pour ces bourses devront souscrire l'engagement de servir l'administration pendant une période de six années après l'obtention du grade de docteur en médecine.

JUSTICE

Administration pénitentiaire. — Sont nommés médecins de la prison de Clermont-Ferrand : M. le Dr Pierre Gourdon, du centre d'Oermingen ; M. le Dr Ch. Zimmer, de la maison de correction de Marseille-Saint-Pierre ; M. le Dr Raymond Depieds.

Est nommé interne en médecine à la Petite-Roquette : M. Jean Jespard, en remplacement de M. Morvan, démissionnaire.

GUERRE

Les officiers du corps de Santé de l'armée active et les fonctions civiles. — Le J. O. du 23 septembre 1947 publie le décret du 22 septembre autorisant les officiers du corps de Santé qui ont rempli leur engagement sexennal à accepter, en temps de paix, certaines fonctions civiles : professeur titulaire ou agrégé des facultés de médecine ou de pharmacie, professeur au Muséum, au Collège de France ou fonctions de direction dans les Instituts Pasteur.

Les candidatures font l'objet d'une demande d'autorisation. Les nominations à un emploi civil entraînent la mise hors cadre sans solde pour une durée de cinq ans renouvelable. Les intéressés peuvent à

toute époque demander leur réintégration, ou offrir leur démission, ou faire valoir leurs droits à une pension de retraite proportionnelle à jouissance différée.

Le port des décorations. — Un décret paru au J. O. du 28 septembre 1947, modifie l'article 27 du décret du 1er avril 1933 en ce qui concerne le port des décorations. Le décret prescrit que : « Les décorations (sauf celles qui se portent régulièrement en sautoir) sont fixées sur le côté gauche de la poitrine, le haut du ruban à hauteur du deuxième bouton, dans l'ordre suivant, allant du milieu du corps vers l'extérieur :

Légion d'honneur, Croix de la Libération, Médaille militaire, Croix de guerre 14-18, Croix de guerre 39-45, Médaille de la Résistance française, Croix du Combattant volontaire, Croix du Combattant (14-18), Médaille des Evadés, Médaille de la Reconnaissance française, Médaille de la Victoire, ordres coloniaux, médailles commémoratives, décorations universitaires, Mérite agricole, médailles d'honneur conférées par le Gouvernement, enfin, à la suite, sans ordre imposé, les décorations étrangères.

Avis de vacance

— Un poste de médecin adjoint au sanatorium de la Savoie, à Hauteville (Ain), est actuellement vacant. Adresser les candidatures dans un délai de trois semaines (à dater du 23 septembre), au ministère de la Santé publique (Personnel et Budget), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Un poste de médecin chef du quartier d'aliénés des hospices d'Agen (Lot-et-Garonne) est vacant.

Adresser les candidatures dans un délai de trois semaines à compter de la publication du présent avis (J. O., 28 sept.), au ministère de la Santé publique (Personnel et Budget, 3e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Sont déclarés vacants :

Au centre hospitalier du Mans, un poste de chirurgien, un poste de médecin gynécologue accoucheur, un poste de pharmacien chef de service.

Hôpital de La Ferté-Bernard, un poste de chirurgien.

Des concours auront lieu sur épreuves pour Le Mans, et sur titre pour La Ferté-Bernard. Renseignements : directeur départemental de la Santé de la Sarthe (préfecture Le Mans).

Une Semaine Médicale Franco-Italienne

Une Semaine Médicale Italienne aura lieu à Paris, du 6 au 13 décembre prochain, et sera suivie, en avril 1948, de manifestations analogues en Italie, consacrées à la médecine française.

Le programme de cette manifestation a été arrêté d'accord avec les doyens des Facultés de Médecine et de Pharmacie de Paris et a obtenu l'appui de la direction générale des relations culturelles de notre ministère des Affaires étrangères.

Salons internationaux. — Un rectificatif au « Journal Officiel » nous prévient que les salons internationaux de l'automobile et les différentes manifestations internationales annoncées s'ouvriront le 23 octobre et non le 25 comme le J. O. l'avait annoncé. La fermeture est fixée au 5 novembre.

LIVRES NOUVEAUX

Bombardement atomique et radio-activité artificielle. Applications biologiques et médicales, par Lucien Mallet et Henri Lecamus. — Paris, Exp. Scientif., 1946, in-8°, 183 pp., 62 fig. (400 fr.).

Dans cette monographie de près de 200 pages, les auteurs font d'abord le point de nos connaissances présentes sur la désintégration artificielle de l'atome. Après un bref rappel de la découverte de la radioactivité spontanée, découverte due à Becquerel et à Pierre et Marie Curie, ils envisagent longuement la radioactivité provoquée, que Rutherford mit en évidence : c'est toute la structure du noyau atomique qui, dans une langue claire, nous est exposée ici, avec ses réactions sous l'influence des neutrons ou des deutérons accélérés. Suivant cette partie théorique de la désintégration atomique, Mallet et Lecamus nous décrivent les appareils employés, générateurs : tubes à protons ou à protons et deutérons, cyclotron et générateurs électrostatiques, accélérateurs électroniques : bétatron ; appareils de mesure : compteurs de Geiger-Müller. Des illustrations nous donnent une idée des réalisations américaines dans la production industrielle de la désintégration atomique.

Dans la seconde partie de leur exposé, les auteurs nous parlent des applications biologiques de la désintégration atomique : les neutrons qui ont un pouvoir de pénétration dans les tissus bien supérieur aux rayons gamma les plus durs et qui sont susceptibles de provoquer, en dehors des déplacements de protons par chocs élastiques, la transmutation d'atomes d'oxygène en fluor radioactif, d'atomes de chlore en phosphore radioactif qui, instable, donnera finalement du soufre et bien d'autres désintégrations encore. Les résultats obtenus expérimentalement sont analogues à ceux obtenus avec les rayons X, mais l'effet est beaucoup plus intense : action destructrice sur le sang et les organes hématopoiétiques, sur la spermatogénèse, sur les cancers expérimentaux ; les tumeurs sont (étude sur le lymphome de la souris) plus sensibles à l'action des neutrons qu'à la radiothérapie, fait qui pourrait être d'importance dans le traitement des cancers. Les essais d'utilisation thérapeutique du bombardement atomique sont encore très rares ; on peut employer soit des neutrons émis par une source extérieure à l'organisme, ou administrer des corps radioactifs tels que le radio-phosphore qui a donné des résultats favorables dans l'érythrémie, les leucémies myéloïdes, les lymphosarcomes et dans un cas de maladie de Hodgkin. Le radio-iode a été employé avec succès dans l'hypertrophie de la thyroïde.

Enfin une bibliographie abondante nous permet de nous reporter aux sources originales.

COURS

Institut de Puériculture

de la Ville de Paris
et du département de la Seine
Hôpital-Hospice Saint-Vincent-de-Paul
(Enfants-Assistés)
74, avenue Denfert-Rochereau, Paris (14e)

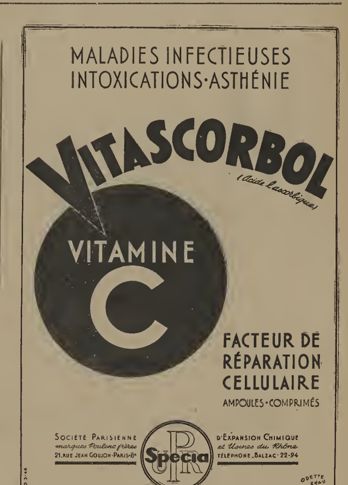
M. le professeur Marcel Lelong, avec la collaboration de MM. Raymond Joseph, A. Rossier, médecins des hôpitaux ; Charousset, Vialatte, Alison, assistants ; M. Detrois, chef du laboratoire ; des chefs de clinique, des internes et des surveillantes du Service.

Le cours annuel de Puériculture commencera le jeudi 13 novembre 1947, à 9 h. 15 (salle des cours du pavillon Pasteur) et sera continué, chaque jeudi, à la même heure. Cet enseignement, destiné aux futures mères de famille, est gratuit. Il comprend des leçons théoriques et des stages pratiques exécutés dans les consultations et les nourriceries de l'hôpital.

Le nombre des élèves étant très limité, il est nécessaire de s'inscrire au Laboratoire, tous les jours, sauf le dimanche, de 9 heures à 11 heures, du 13 au 18 octobre 1947.



HYPNOTIQUE
SÉDATIF
"DIAL"
NOM DÉPOSÉ
DIALLYLMALONYLURÉE
CIBA
Procure un sommeil calme et réparateur
1 à 2 comprimés le soir
LABORATOIRES CIBA. Dr P. DENOYEL
103 à 117, Boulevard de la Part-Dieu, LYON



MALADIES INFECTIEUSES
INTOXICATIONS·ASTHÉNIE
VITASCORBOL
(Acide l-ascorbique)
VITAMINE
C
FACTEUR DE
RÉPARATION
CELLULAIRE
AMPOULES·COMPRIMÉS
SOCIÉTÉ PARISIENNE
marques Poulenc frères
21, RUE JEAN GOUJON·PARIS-8e
Specia
D'EXPANSION CHIMIQUE
et Usines du Rhône
TÉLÉPHONE BALZAC 22-94

Résultats de la chirurgie endocrino-sympathique dans les artérites oblitérantes des membres inférieurs [1]

par le professeur René Fontaine (Strasbourg)

De 1924 à 1939 j'ai été associé par mon maître, le professeur Leriche, à toutes ses recherches sur la chirurgie du sympathique. Si aujourd'hui je prends la parole après lui sur le traitement des artérites, c'est pour bien souligner tout l'intérêt de ce qu'il vous a dit. Comme M. Leriche j'estime que, si nous faisons abstraction des rares artérites oblitérantes aiguës et des anévrismes thrombosés, nous connaissons essentiellement deux variétés d'oblitérations spontanées des artères périphériques :

1° *La tromboangéite*, mieux dénommée *thrombo-angiose* qui est la même maladie que celle décrite par L. Buerger. D'aucuns l'appellent encore *artérite juvénile*, alors qu'elle est connue dans les pays germaniques sous le terme d'*endarteritis obliterans ;*

2° *L'artérite sénile ou sclérotique* que nous avons proposé d'appeler *artérite par usure*, alors que M. Leriche préfère le terme *d'artérite par surcharge*. Nous ne connaissons guère la cause exacte de ces artérites ; une thérapeutique véritablement étiologique n'est donc pas possible. Mais en ce qui concerne *la thrombo-angiose* tout au moins, de nombreux éléments plaident en faveur d'une origine endocrinienne, vraisemblablement surrénalienne. *Des surrénalectomies unilatérales* ont donc été faites depuis longtemps à la suite d'Oppel. Entre 1925 et 1935, M. Leriche a exécuté à Strasbourg un certain nombre de ces opérations pour artérites et a obtenu dans l'ensemble de très bons résultats dont certains furent contrôlés à très longue échéance. Plus tard nous avons, M. Leriche et moi, substitué à cette intervention, à laquelle on pouvait reprocher la persistance de la moitié du parenchyme endocrinien actif, *la section bilatérale du splanchnique* par voie sous-diaphragmatique.

La splanchnicectomie bilatérale abolit l'adrénalino-sécrétion réflexe et de ce fait influence le fonctionnement de deux glandes. L'opération a d'ailleurs toujours été associée à la sympathectomie lombaire haute. Elle nous a donné des résultats fort appréciables. Vaut-elle mieux que la surrénalectomie unilatérale ? Il nous est impossible de le dire, mais il nous semble que les deux méthodes connaissent les mêmes succès et les mêmes échecs. C'est pour cette raison que nous réunirons plus bas les résultats obtenus par ces deux méthodes, d'autant plus que, dans ces dernières années, nous avons souvent combiné la surrénalectomie unilatérale à la section des deux splanchniques.

Surrénalectomie et splanchnicectomie pour thrombo-angiose représentent donc les seules tentatives chirurgicales, faites jusqu'ici, cherchant à s'attaquer à la cause même du mal. Elles reposent sur une hypothèse séduisante, mais non encore formellement démontrée : l'origine surrénalienne de la maladie.

En dehors d'elles que peut-on faire dans les oblitérations artérielles ? Une seule chose, aussi bien dans la variété sclérotique que dans la thrombo-angiose : *la thérapeutique vaso-dilatatrice*. Elle est essentiellement sympathique et dispose de multiples méthodes : *les infiltrations paravertébrales, intra et périartérielles* sont surtout des procédés adjuvants qui nous ont rendu d'énormes services, mais ils sont rarement, à eux seuls, suffisants et doivent céder le pas aux opérations, chaque fois que cela est possible.

La sympathectomie périartérielle, la première en date de ces interventions, paraît abandonnée à l'heure actuelle. Peut-être à tort, car lorsque en 1935 et 1937 nous avons recherché, M. Leriche et moi, nos résultats éloignés, nous nous sommes aperçus que ceux que nous avait fournis la sympathectomie périartérielle pour artérite étaient parfois excellents. Après dix ans et plus, nous avons revu des malades considérablement améliorés sinon guéris. Tout en la considérant comme nettement inférieure à l'artériectomie et à la sympathectomie lombaire, nous estimons donc qu'il convient, de temps à autre, de se souvenir de la sympathectomie périartérielle quand aucune des deux autres méthodes n'est possible.

Quant à l'artériectomie, M. Leriche vous a dit comment elle agit. En nous basant sur ce que nous avons appris au contact de ce maître et depuis 1939 dans notre pratique personnelle, nous pouvons à notre tour affirmer qu'elle est pleinement efficace *à condition* de réséquer au maximum le segment oblitéré tout en respectant scrupuleusement, tant en amont qu'en aval, la moindre collatérale totalement, voire partiellement perméable.

Nous l'avons faite sur tous les vaisseaux : quatre fois nous avons réséqué la bifurcation de l'aorte avec deux excellents résultats et deux échecs dans des cas trop avancés. Nous avons enlevé vingt et une fois l'iliaque primitive et ne comptons plus les artériectomies iliaques externes et fémorales.

Comme M. Leriche, nous nous méfions des artériectomies à partir de la poplitée, les incisions en plein territoire ischémié guérissant mal.

Les artériographies successives nous ont maintes fois prouvé l'action vaso-dilatatrice très efficace qu'exerce la suppression correcte d'un segment artériel oblitéré. Son action est de même nature et de même importance que celle des *sympathectomies lombaires*. Celles-ci peuvent porter, soit sur la partie haute de la chaîne (L1, voire D12 à 13), soit sur la partie basse (L3-S1).

Dans la thrombo-angiose nous pratiquons volontiers des sympathectomies lombaires hautes associées, comme il a été dit, aux splanchnicectomies. Dans les artérites sclérotiques, au contraire, dans lesquelles les splanchnicectomies ne sont pas indiquées, nous voyons dans les sympathectomies lombaires *basses* l'avantage de pouvoir les combiner facilement aux artériectomies sur l'aorte et les iliaques, voire sur la fémorale en prolongeant l'incision vers la cuisse. Signalons que deux fois déjà nous avons pu faire la résection du carrefour aortique par une incision de sympathectomie lombaire basse *à droite*, le choix de ce côté nous ayant été dicté par la prédominance des signes cliniques de ce côté.

Expérimentalement l'effet vaso-dilatateur de la sympathectomie lombaire haute est indiscutablement supérieur à celui de la ganglionectomie basse, mais en thérapeutique humaine nous n'avons pas pu saisir de différences bien franches entre les résultats de ces deux méthodes ; peut-être parce que nous renforçons volontiers la sympathectomie lombaire basse par une artériectomie. Mais, d'une façon générale, nous avons l'impression que dans le traitement des oblitérations artérielles le résultat postopératoire dépend moins du choix de l'intervention vaso-dilatatrice que de l'état de la circulation au moment où l'on intervient. Les opérations agissent en développant la circulation collatérale. Celle-ci doit devenir suffisante pour contrebalancer le déficit vasculaire résultant de l'oblitération du tronc principal. Cela n'est possible que si, au moment de l'intervention, l'ischémie n'est pas trop importante. La chirurgie vaso-dilatatrice a donc *un* temps. Celui-ci passé, elle ne peut plus rien ou peut tout au plus servir à limiter les dégâts.

Dans les limites de leurs possibilités d'action, il ne nous est donc pas possible d'établir une différence réelle entre les diverses variétés d'opérations que nous venons d'énumérer. Toutes connaissent des succès et enregistrent des échecs. Nous avons dit ce qui en pratique détermine dans chaque cas particulier notre choix en faveur de l'une ou l'autre de ces méthodes.

Les détracteurs de la chirurgie du sympathique — et il n'en a pas manqué surtout dans le passé — lui ont souvent reproché que ses résultats ne duraient pas. On ne saurait s'élever assez contre pareille affirmation. Certes, l'opération ne s'adressant pas à la cause même du mal, celui-ci peut continuer à évoluer ou reprendre plus tard. Les exemples ne manquent pas d'artéritiques, apparemment guéris par une sympathectomie, et qui ont fini amputés au bout de quelques années. Mais assez souvent, plus souvent que d'aucuns ne le pensent, les résultats sont durables. Cela nous paraît d'autant plus méritoire que jusqu'ici, malgré toutes ses imperfections que nous ne nions pas, la chirurgie du sympathique est la seule thérapeutique qui, dans un grand pourcentage des cas, se soit montrée capable d'arrêter la marche des oblitérations artérielles vers la gangrène mutilante.

En attendant mieux, ne soyons donc pas trop sévères pour une méthode qui nous donne souvent des résultats très satisfaisants, surtout si l'on sait opérer à temps.

De fait, rapportant en 1935 et en 1937, avec M. Leriche nos

(1) Discussion du rapport de M. le professeur Diez au Congrès International de Chirurgie, Londres, septembre 1947.

statistiques intégrales d'artérites opérées, nous avions pu conclure que la chirurgie du sympathique donne dans la thrombo-angiose approximativement 50 % de très bons résultats de deux ans et plus et 75 % dans l'artérite par usure.

En vue de ce congrès nous aurions aimé mettre à jour cette statistique. Malheureusement la guerre a passé et avec elle l'occupation de Strasbourg par les Allemands. Ils ont cruellement mutilé les Archives de la Clinique chirurgicale A. Depuis que je suis de retour et avec l'aide de mon chef de clinique le Dr Wiest, je me suis évertué à les reconstituer. Nous avons pu retrouver 278 observations d'artéritiques opérés par M. Leriche à Strasbourg avant 1939, reste minime de la riche collection de notre maître. De ces 278 malades nous avons pu avoir des nouvelles récentes précises ou les réexaminer personnellement 110.

1° Parmi eux se trouvent 18 malades atteints de *thrombo-angiose* et qui avaient été opérés par *splanchnicectomie bilatérale avec ou sans surrénalectomie unilatérale, mais toujours combinée à des sympathectomies lombaires hautes.* Pour eux l'opération remonte donc maintenant à un minimum de 8 ans et un maximum de 11 ans.

Parmi ces 18 malades :

a) 10 avaient été opérés avant le stade des ulcérations et de la gangrène, au stade de l'ischémie à l'effort [stade II de notre classification (1)] ou au stade de l'ischémie au repos (stade III). Parmi eux 5 malades, opérés en 1937 et 1938 au stade II apparaissent tous les 5 comme définitivement « améliorés », on serait tenté d'écrire « guéris » en 1947. Certes, ils gardent tous — et ceci est naturel — une claudication intermittente ; mais celle-ci ne les empêche pas de mener une vie normale. Leurs pieds sont chauds. La maladie paraît arrêtée dans son évolution. Les membres atteints sont sauvés.

Chez 5 autres malades l'intervention avait été faite plus tardivement au stade III de la maladie, mais avant l'apparition d'ulcérations et de gangrènes. De ces 5 malades 1 est mort un an après l'opération d'un « phlegmon » ; nous manquons de précision. 1 est mort au bout de deux ans, l'opération n'ayant pu arrêter la marche de son artérite. 1 autre aurait succombé après six ans d'amélioration à un coma diabétique. Les deux derniers sont apparemment guéris au bout de neuf et dix ans ;

b) 8 malades avaient été opérés au dernier stade de la maladie. Ils ont donné :

1 malade mort un an après la splanchnicectomie après une amélioration insignifiante ;

1 malade a dû être amputé un an après l'opération ;

6 malades ont guéri sans amputation avec la perte d'un ou de plusieurs orteils ; ils restent guéris en 1947 de 8 à 11 ans après l'opération.

L'an dernier, à l'occasion d'une conférence sur « La Chirurgie du Splanchnique » faite aux Journées Médicales de Bruxelles, j'ai recherché ce qu'étaient devenus les malades opérés par moi-même durant mon exil à Clairvivre entre 1940 et 1944.

Voici ces résultats :

14 malades ont été opérés : 7 au stade II, 3 au stade III, 3 présentaient d'un côté des lésions du type IV et de l'autre du type III, 1 au stade IV. J'ai noté :

5 excellents résultats datant de 2 1/2 à 4 1/2 ans. Tous ces malades ont été revus et contrôlés régulièrement ;

7 très grandes améliorations de 1 à 3 ans ;

2 améliorations passagères, mais d'assez longue durée avec reprise ultérieure des phénomènes gangréneux au bout de 2 ans dans un cas (avec bon résultat maintenu du côté opposé) ; après 6 mois dans l'autre.

De ces deux statistiques, celle malheureusement très fragmentaire de M. Leriche d'avant 1939 et la mienne qui donne tous mes cas opérés entre 1940 et 1944, nous pouvons conclure que, si les opérations sur la surrénale et les splanchniques ne guérissent pas toutes les thrombo-angioses et ne les arrêtent pas toujours dans leur évolution, elles n'apparaissent pas moins comme très utiles. Les résultats acquis nous encouragent à persévérer dans cette voie.

(1) Nous avons pris l'habitude de distinguer 4 stades au cours de l'évolution d'une oblitération artérielle :
Stade I : oblitération silencieuse ;
Stade II : ischémie à l'effort (claudication intermittente ;
Stade III : ischémie au repos.
Stade IV : stade des complications (ulcérations et gangrènes).

Mais reprenons l'étude de nos cas d'avant 1939 :

2° Nous avons retrouvé des renseignements précis *sur 77 cas de thrombo-angiose, traités* par M. Leriche ou nous-même, *soit par artériectomie, soit par sympathectomie lombaire basse, soit par les deux méthodes associées.* Presque tous ces cas ont été opérés avant le début de nos recherches sur le splanchnique qui se place en 1935 :

8 sont morts dans les années qui ont suivi, de complications vasculaires diverses sans avoir été améliorés ;

13 ont dû être amputés ultérieurement, dont 7 ont succombé dans l'année à des complications diverses ;

6 vivent encore sans rechute de leur artérite depuis leur amputation ;

23 malades ont été très améliorés de 2 à 13 ans, puis ont récidivé : 11 au bout de 2 ans, 2 au bout de 5 ans, 2 au bout de 7 ans, 7 au bout de 10 ans et 1 au bout de 13 ans.

33 malades sont actuellement en 1947 en excellent état sans récidives de leur artérite et gardent des séquelles minimes. Ces résultats remontent pour eux à un minimum de 9 ans et un maximum de 20 ans.

Ne retenons de cette statistique qu'un seul fait : sur 77 malades de cette série et qui ont pu être retrouvés, 33-43 %, réexaminés par moi de 9 à 20 ans après des sympathectomies lombaires basses ou des artériectomies ou les deux opérations combinées, ne présentent pratiquement plus aucun signe de leurs oblitérations artérielles, 23 autres avaient été très améliorés pendant 2 à 13 ans avant de récidiver.

Si l'on considère que beaucoup de ces malades ont été opérés par M. Leriche au début de ses recherches sur les artérites alors que nous voyions surtout des cas avancés, la qualité des résultats obtenus apparaît encore comme d'autant plus surprenante. Dira-t-on encore après cela que l'artériectomie et la sympathectomie lombaire basse n'ont aucun intérêt pratique ?

3° Nous avons été moins heureux dans la recherche de nos opérés pour *artérite par usure ;* ces malades sont difficiles à retrouver. Après 8 à 10 ans il y a parmi eux un très lourd déchet dû à des complications séniles variées. Cela n'étonnera personne. Parmi les nombreux cas opérés par M. Leriche à Strasbourg avant 1939 nous n'avons pu avoir de renseignements complets que sur 15 d'entre eux. 2 seulement peuvent être considérés comme guéris 10 et 12 ans après une artériectomie. Les autres sont morts après des années d'amélioration. 4 avaient récidivé et avaient dû être amputés secondairement.

Aussi incomplète que soit cette statistique par la faute des événements qui ont suivi la déclaration de la guerre de 1939, elle suffit pour prouver l'intérêt réel qui s'attache à la chirurgie vasodilatatrice dans la thérapeutique des artérites. Notre expérience de cette question se résume donc comme suit :

1° *Dans la thrombo-angiose,* l'intervention sur les surrénales soit directement soit par la voie détournée des splanchniques nous semble utile.

Il y a avantage à l'associer à une sympathectomie lombaire haute, ce que permet la technique que nous avons décrite en 1940, M. Leriche et moi (1) ;

2° L'utilité des opérations vasodilatatrices dans les oblitérations artérielles nous paraît démontrée par les résultats éloignés que nous avons rapportés.

Les trois méthodes dont nous disposons : les sympathectomies lombaires hautes, les sympathectomies lombaires basses et les artériectomies nous semblent en pratique également efficaces. En *principe,* la sympathectomie lombaire haute nous paraît convenir tout particulièrement à la thrombo-angiose, car elle complète la splanchnicectomie.

Nous préférons, par contre, la sympathectomie lombaire basse dans l'artérite par usure parce qu'elle se combine facilement à l'artériectomie souvent indiquée dans ce cas en raison de la fréquence des oblitérations limitées ;

3° Les résultats obtenus nous semblent toutefois dépendre moins de l'opération choisie que du moment où celle-ci est pratiquée. Il faut s'efforcer d'opérer le plus tôt possible, au stade II de préférence, alors que les symptômes se limitent à l'ischémie à l'effort. Aux stades plus avancés des résultats sont forcément moins bons et moins durables.

(Clinique de Thérapeutique chirurgicale de Strasbourg, France : Professeur René FONTAINE).

(1) Voir *Presse Médicale*, t. 44, N° 22/23, 6 et 9 mars 1940.

Premier congrès de l'Association Médicale Mondiale

Paris, 16-21 septembre 1947 (1)

Le premier Congrès de l'Association Médicale Mondiale (World Medical Association) a tenu ses assises au siège de la Confédération des Syndicats Médicaux Français à Paris (Domus Medica, 60, boulevard de Latour-Maubourg).

Ce premier Congrès, qui réunissait les délégués de cinquante nations, avait à son ordre du jour, d'abord la discussion du *projet de statuts et de règlement intérieur*, dont le vote par l'Assemblée a permis la constitution régulière de l'A.M.M.

Le débat a duré beaucoup plus longtemps qu'on ne l'avait prévu, comme il arrive souvent dans des réunions internationales.

La question des *Crimes de guerre* a été exposée par M. le professeur Charles Richet, en accord avec M. le professeur Desoille, l'un et l'autre anciens déportés, et le discours prononcé à cette occasion, avec une très haute élévation de pensée, a produit sur l'assemblée une profonde impression.

Des orateurs de différents pays : Grande-Bretagne, Grèce, Danemark, Tchécoslovaquie, etc., ont pris la parole et participé à l'élaboration du texte qui a été adopté par l'Assemblée et que nous publions plus loin.

La question des *Rapports du médecin et de l'Etat*, qui représentait pratiquement une étude comparée des réalisations ou des projets en matière de sécurité sociale dans tous les pays du monde, n'a pu être que très incomplètement traitée en raison du temps passé à la discussion des statuts.

Cependant, les représentants d'un certain nombre de pays ont fait connaître leur point de vue, et les réponses écrites apportées à la vaste enquête déclenchée il y a plusieurs mois, donneront sur ce point des indications très précieuses, qui seront ultérieurement publiées.

***

En raison surtout d'une offre généreuse d'un Comité américain, indépendant d'ailleurs de l'American Medical Association, le siège du Secrétariat général a été fixé aux *Etats-Unis*, étant entendu que trois sous-secrétariats pourraient être organisés, l'un pour les pays de l'*Amérique du Sud*, l'autre pour les pays d'*influence française*, le troisième en *Grande-Bretagne*.

***

Ces organisations étant fonction des possibilités financières, seul le Secrétariat sud-américain a été immédiatement constitué ; le Secrétariat britannique devant probablement être assuré par la British Medical Association. Notre situation économique ne nous permet pas d'envisager encore sous quelle forme pourra, éventuellement, être créé, ou plutôt maintenu, le Secrétariat de langue française.

Le Congrès s'est déroulé dans une atmosphère qui faisait penser aux discussions des grandes assemblées politiques internationales.

Une chaleureuse unanimité de déclarations amicales en faveur de notre pays s'est pourtant réalisée au dîner d'usage, à la fin duquel furent prononcés les toasts des représentants de nombreux pays ; série de toasts que clôtura magnifiquement une causerie charmante de notre éminent confrère, M. Georges Duhamel, de l'Académie française.

Dès maintenant en tout cas sont établies, entre les différents représentants des pays adhérents, des relations confraternelles, qui permettront des échanges d'informations certainement utiles à la profession et à l'organisation de la lutte pour la santé.

De nombreux orateurs ont aussi souligné que les amitiés ainsi créées dans un milieu dont les influences politiques ne sont pas négligeables, et ceci dans chaque nation, pourraient contribuer dans une certaine mesure au maintien de la paix mondiale. C'est cette généreuse et noble pensée qui fut particulièrement développée par le président du Congrès, le professeur Marquis, lequel préside également la Confédération des Syndicats Médicaux Français.

***

CRIMES DE GUERRE

La Commission a proposé et l'Association mondiale a adopté la motion suivante :

1° L'acceptation de la proposition danoise, avec la modification suivante :

Un rapport sur les crimes commis depuis 1933 par des médecins et organisations médicales allemands et ceux d'autres pays et sur la violation faite par eux de la morale médicale, sera rédigé et mis à la disposition de tous les médecins du monde entier ;

2° Acceptation de la proposition anglaise :

L'Association médicale mondiale condamne solennellement les crimes contre les êtres humains, commis par les médecins, tels qu'ils sont spécifiés dans le rapport ;

3° Acceptation des propositions anglaises, danoises et françaises de recommander qu'au moment d'être reçu docteur, chaque médecin soit obligé de prêter le serment suivant :

« Mon devoir supérieur à tout autre, écrit ou non écrit, sera de soigner le mieux possible celui qui me sera confié ou qui se confiera à moi, de respecter sa liberté morale, de m'opposer à tout sévice que l'on voudrait exercer sur lui et de refuser mon concours à toute autorité qui, à cet effet, me demanderait d'agir.

« Que ce malade soit mon ami ou mon ennemi, même en temps de guerre ou de troubles intérieurs, quels que soient ses opinions, sa race, son parti, sa classe sociale, son pays, sa religion, mes soins et mon souci de sa dignité humaine seraient les mêmes. »

4° De publier une résolution appuyant une action juridique, à savoir que les membres du corps médical qui ont participé aux crimes de guerre soient punis ;

5° Que l'Association Médicale Mondiale demande la déclaration suivante aux syndicats médicaux allemands :

a) Nous, membres du Syndicat médical, nous prenons connaissance de très nombreux actes de cruauté individuels ou collectifs commis depuis 1933 dans les asiles d'aliénés et dans les camps de concentration, et des violations de la morale médicale. Ces actes ont abouti à la mort de quelques millions d'hommes. Un nombre important de nos membres s'en est rendu complice, soit comme instigateurs, soit comme agents techniques ou d'exécution ;

b) Nous regrettons que l'ensemble du Corps médical allemand n'ait pas protesté et ait voulu ne rien connaître de ces actes que pourtant il ne pouvait ignorer ;

c) Nous tenons à réprouver de façon solennelle ces attentats, à nous désolidariser des criminels qui les ont commis et à rappeler à tous nos membres le respect, non seulement de la vie, mais encore de la personnalité, de la dignité et de la liberté humaines.

(1) *World Med. Ass.* Secrétariat anglais : Dr Charles Hill, B. M. House, Tavistock Sq. London W. C. I.

Association Médicale Mondiale. Secrétariat français : Dr Paul Cibrie, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e).

Congrès international de médecine sportive

(Monaco, 12-13 septembre 1947)

Les 12 et 13 septembre 1947 s'est tenu à Monaco, à l'occasion des Championnats d'Europe de Natation, un Congrès international de Médecine Sportive appliquée à la natation sous la présidence de M. le professeur Merklen, doyen de la Faculté de Nancy. De nombreux médecins, Français et étrangers, avaient répondu à l'appel des organisateurs.

La première séance fut consacrée au rapport du Dr Jean Maronneaud, président de la Commission médicale de la Fédération Française de Natation sur la « Congestion du nageur ».

A la suite de ce rapport, de nombreux confrères prirent la parole, et il fut décidé :

1° Qu'une vaste enquête serait faite en Europe dans les collectivités concernant l'horaire des bains par rapport au dernier repas ;

2° De demander aux Services d'hygiène et aux médecins de faire une enquête étiologique serrée sur tous les cas de noyés, type syncopés blancs qui leur seraient signalés.

En fin de séance, le Dr Héraud fit une communication très intéressante sur l' « Apnée d'effort », puis le Dr Maronneaud présenta un brancard universel permettant le transport de fracturés du rachis, des blessés et aussi la réanimation par la méthode d'Eve.

La deuxième séance traitant du problème de la poliomyélite et de la fermeture des baignades et des piscines en période d'épidémie, donne lieu à un rapport des Drs Boyer et Cruche.

Le professeur Leroy (de Rennes), à la suite de ce rapport, fit connaître les résultats de ses travaux concernant la poliomyélite en Ille-et-Vilaine.

Enfin fut émis le vœu que, en temps d'épidémie, les piscines et les bassins clos soumis à des contrôles réguliers, ne soient pas fermés à la légère et que les préfets prennent avis des services d'hygiène avant de prononcer l'interdiction des baignades de rivière.

Les confrères, désireux de recevoir le bulletin détaillé qui sera édité à la suite de ce Congrès International de la Natation sont priés d'adresser leur demande à la Fédération Française de Natation, service médical, 20, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris (9e).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 juillet 1947

Deux cas de pleurésie aseptique causée par aspiration d'essence de pétrole. — MM. M. Roch et F. Saegesser (de Genève) présentent l'observation de deux sujets ayant aspiré de l'essence par un tuyau de caoutchouc, et qui présentèrent en outre les symptômes nerveux d'intoxication, de la fièvre et les signes d'un épanchement pleural droit peu abondant, guéri très rapidement.

Les auteurs supposent que l'essence a pu traverser le parenchyme pulmonaire, et que c'est la présence de ce liquide irritant dans la cavité pleurale qui a été la cause d'une irritation pyogène.

Eruption bullo-ulcéreuse au cours d'un coma chloralosique. — MM. M. Perrault, J. Vignalou, Mlle Dupeyron, P. Rousseau et J. Bouttot.

Néphralgie paroxystique cataméniale au cours d'une maladie polykystique des reins. Action de la testosterone. — MM. M. Perrault, Vignalou, Bouvier et Rotszyld rapportent l'observation d'une femme de 36 ans atteinte de maladie polykystique des reins dont les crises de néphralgie cataméniale associées à quelques signes d'hyperfolliculinie cèdent à l'action de la testosterone alors qu'elles avaient résisté six ans auparavant à la décortication des reins. Les auteurs soulignent à ce propos l'intérêt de la révélation non spécifique d'une maladie ou d'un syndrome latents par une perturbation humorale.

Les pellagres post-dysentériques. — MM. Justin-Besançon, Blanc et Siguier rapportent les observations de huit sujets, présentant une dysenterie chronique, et chez lesquels apparut une pellagre caractérisée. Le traitement par la vitamine PP amena la guérison de la pellagre, et le traitement classique celui de la dysenterie.

Ces observations montrent que le trouble du fonctionnement intestinal peut être à l'origine d'une avitaminose nicotinique. Mais il est à noter que le défaut d'absorption ne porte que sur la seule vitamine PP, les autres vitamines paraissant absorbées en quantité suffisante.

Intérêt de la tomographie de l'aorte pour le diagnostic différentiel de l'anévrysme et des tumeurs du médiastin. — MM. Even, Le Pennetier et Morin.

Sur un principe directeur, peut-être nouveau, dans l'administration des antibiotiques. L'intérêt de l'arrêt brutal. — M. P. Mollaret, après avoir rappelé les recherches expérimentales mettant en lumière les divers modes d'action des antibiotiques (préventive, stasique et lytique) montre que de même que l'on a intérêt à réaliser d'emblée une concentration maxima, il faut d'emblée ramener la concentration à zéro à la fin du traitement.

En effet, si l'effet désiré de stérilisation de l'organisme est obtenu d'emblée, rien ne justifie la continuation du traitement. Si, par contre, quelques germes subsistent dans les repaires de l'organisme, mieux vaut traiter une rechute éventuelle de la même façon que la première atteinte, plutôt que d'avoir à lutter contre des germes ayant supporté une concentration insuffisante, et devenus de ce fait plus résistants.

Il paraît même utile, avant d'arrêter le traitement, de donner une dose double de l'antibiotique, pour essayer de détruire les germes persistants. De toute façon, l'arrêt doit être brusque.

Une expérience clinique de 6 mois à l'hôpital Claude-Bernard a confirmé l'efficacité de cette méthode.

Traitement d'une tachycardie paroxystique par la novocaïne intraveineuse. — M. B. Ossipovski.

Sur le spina-bifida occulta douloureux. — MM. S. de Sèze, J. Guillaume, S. H. Jurmand et J. Arlet se basant sur l'étude de 88 cas les classent en 3 catégories :

— Le S. B. est associé à d'autres anomalies entraînant un déséquilibre de la statique lombo-sacrée.

— Le S. B. est associé à des lésions des disques-charnières. Un grand nombre de lombalgies et de sciatiques chez des sujets porteurs de spina-bifida n'ont pas d'autre origine.

— Dans le troisième groupe de faits les douleurs semblent bien prendre naissance, sinon dans le S. B. lui-même, du moins dans les lésions du sac et des veines sus-jacentes, relevant du même processus displasique. Les auteurs n'ont pas trouvé de ces épaississements fibreux étranglant ou comprimant le sac dorsal et qui ont été signalés par d'autres opérateurs. Par contre, ils ont trouvé des anomalies du sac dural fournissant une explication satisfaisante des douleurs : amincissement et parfois dilatation du sac dural à sa partie inférieure ; épaississement et inflammation de l'arachnoïde avec adhérences collant les racines ; plaques calcaires adhérentes aux racines, pouvant les irriter ou les comprimer.

Le traitement chirurgical de ces dysplasies durales avec arachnoïdo-radiculite sous-jacente est assez aléatoire. Lorsque la douleur est nettement localisée sur une racine, la radicotomie postérieure peut donner des succès remarquables.

Note préliminaire à l'étude pathogénique de certaines algies du membre supérieur. La question des acroparesthésies nocturnes. — MM. S. de Sèze et S. Godlewski rappellent que beaucoup d'auteurs considèrent ce syndrome comme d'origine vasculaire par compression de la sous-clavière entre les scalènes. Les auteurs accusent plutôt une compression radiculaire, et soulignent la parenté qui unit les acroparesthésies aux radiculalgies cervico-brachiales.

Il convient d'étudier les défilés ostéo-fibreux ou musculaires traversés par les racines, et de chercher le mécanisme théorique-

ment possible des compressions nerveuses en confrontant les notions ainsi rassemblées avec les observations cliniques.

Les accidents nerveux de la pénicilline intra-rachidienne. — MM. S. de Sèze, A. Lichtwitz et R. Weissenbach observent une forme sévère de méningite cérébro-spinale dans laquelle les injections intra-rachidiennes de pénicilline provoquent l'apparition brutale d'une paralysie flasque totale avec abolition des réflexes, anesthésie étendue et troubles sphinctériens. Le L. C. R. xanthochromique contient 1 gr. d'albumine et de nombreuses hématies. Les troubles s'amendèrent, mais il persista un processus de pachyméningite lombo-sacrée avec de graves séquelles.

Se basant sur cette observation, ainsi que sur des observations étrangères, les auteurs décrivent les accidents de la pénicillinothérapie intra-rachidienne. Ils surviennent toujours après des injections répétées, et réalisent surtout le tableau d'un syndrome de la queue de cheval.

Les auteurs discutent le rôle de la toxicité de la pénicilline pour le tissu nerveux bien établie expérimentalement, et celui de l'intolérance. Il semble s'agir d'un processus d'œdème aigu méningo-radiculaire, avec congestion et hémorragies. Le fait que l'accident survient après des injections répétées suggère une une sorte de phénomène d'Arthus méningé.

Myélomatose décalcifiante diffuse. — MM. S. de Sèze, A. Lichtwitz et R. Weissenbach rapportent une observation de ce syndrome douloureux vertébral avec anémie et néphrite entrant dans le cadre de la myélomatose décalcifiante diffuse, forme atypique du myélome multiple, individualisée par R. J. Weissenbach et Lièvre, en 1938.

Technique « ampoule dorsale-film ventral » pour la radiographie de face de la charnière lombo-sacrée, en position debout. Avantages de cette technique pour le diagnostic des scolioses par déséquilibre pelvien. — MM. S. de Sèze et R. Coliez.

Endocardite maligne lente avec pénicillino-résistance à 42. Injections quotidiennes de 8 millions d'unités. Echec. Remarques sur les différentes pénicillines et sur leur comportement « in vivo ». — MM. A. Lichtwitz M. G. Delaville et P. Boulard rapportent l'observation d'une endocardite d'Osler suivie avec M. de Sèze, liée à un streptocoque 42 fois plus résistant que le staphylocoque standard.

Altération de l'électromyogramme dans un cas de maladie d'Addison. — MM. Mussio-Fournier, E. Torrents et Garcia Austt (Montevideo).

La forme polyadénopathique de la maladie de Besnier. Schaumann-Boeck. — MM. Gouttas et Jean Polydoris (Athènes).

Silicose et bulles géantes d'emphysème. — MM. Bariety et A. Hadengue.

Exérèse d'un volumineux kyste aérien rompu assurant la guérison d'un pneumothorax spontané chronique. Conservation intégrale du parenchyme pulmonaire. — MM. M. Bariety, O. Monod et R. Lesobre.

Etude histo-pathologique des lésions rénales dans un cas de myélome multiple. — M. S. de Sèze, Mlle Gauthier-Villars et J. de Brux.

Origine des douleurs dans la sacralisation douloureuse. Importance des altérations du disque charnière. — MM. S. Sèze et J. Saloff.

Syndrome extenso-progressif post-traumatique et polyradiculonévrite. — MM. L. Justin-Besançon, R. Pluvinage et Cl. Polonovski rapportent l'observation d'un homme de 38 ans, qui présenta après une plaie minime de la main gauche un syndrome extenso-progressif du membre supérieur gauche caractérisé par des douleurs vives, des troubles trophiques (amyotrophie, sécheresse de la peau, pigmentation) et une décalcification du carpe. Dans les semaines suivantes apparut une polyradiculonévrite atteignant les quatre membres et plusieurs nerfs craniens, avec dissociation albumino-cytologique du L. C. R.

Les auteurs, après avoir envisagé diverses hypothèses pathogéniques, estiment que la plaie de la main a représenté la porte d'entrée de l'agent responsable de la polyradiculonévrite. La propagation se serait faite le long des voies nerveuses périphériques vers les centres et le syndrome extenso-progressif du membre supérieur serait le témoignage de la névrite ascendante.

Essai de traitement des gastrites, post-opératoires ou non, par la pénicilline. — MM. Justin-Besançon, Moutier et Cornet.

Sur le traitement du coma diabétique par administration combinée d'insuline ordinaire et d'insuline retard en un seul temps. — M. E. Azerad se basant sur le fait que l'injection de doses massives d'insuline entraîne un gaspillage d'hormone et provoque des réactions antagonistes, a utilisé une technique qui assure un apport immédiat et prolongé de doses élevées d'insuline.

Il injecte dès le début du traitement 40 à 50 U. d'insuline ordinaire par voie veineuse, et des doses égales ou légèrement plus élevées par voie intra-musculaire et sous-cutanee, ainsi que 150 à 200 unités d'insuline retard par voie sous-cutanée. Chez trois malades ainsi traités le coma acidosique a été jugulé. Seul un des malades mourut au troisième jour dans un état de collapsus cardiaque irréductible.

Cette méthode reproduit les résultats obtenus par les instillations veineuses continues d'insuline, mais ne comporte pas les mêmes difficultés pratiques.

Pièces d'épithélioma pulmonaire développé au contact d'un projectile de guerre. — MM. Huguenin, Fauvet et Bourdin.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 5 juillet 1947

Le rôle du sulfoxyde de méthionine dans la réparation des anémies toniques chez le rat. — MM. H. Bénard, A. Gajdos, Mme H. Gajdos-Török et M. Polonovski ont vu le sulfoxyde de méthionine jouer, dans la réparation des anémies toniques, chez le rat, un rôle tout aussi favorable que la méthionine elle-même.

Sur un principe nécessaire à l'activité anticyanure de l'hyposulfite. — M. H. Bénard, Mme M. Gajdos-Török et A. Gajdos montrent l'existence dans le foie et quelques autres organes d'un tel principe, facilement extractible par l'eau et thermolabile.

Quelques caractères biologiques du ferment nécessaire à l'action anticyanure de l'hyposulfite. — M. H. Bénard, Mme M. Gajdos-Török et H. Gajdos étudient les variations d'activité de ce principe avec le chauffage, le pH et certains facteurs d'inhibition.

Fixation d'iodomercurate sur les protides dénaturés. — MM. J., Lewin et P. Hillion ont constaté que la dénaturation par les réactifs des alcaloïdes empêche les protides de fixer de l'iodomercurate, sans doute parce qu'ils bloquent très fortement les fonctions aminées.

Répartition de deux fractions de fer non héminique musculaire. — MM. G. Schapira, J.-C. Dreyfus et Mlle O. Leau, étudiant la répartition intra et interspécifique des deux fractions de fer non héminique musculaire, concluent à leur existence générale et à leur relative constance dans un même muscle d'une même espèce.

Fer labile de la myoglobine et du muscle. — MM. G. Schapira et J.-C. Dreyfus concluent au comportement analogue de la myoglobine et de l'hémoglobine vis-à-vis des acides.

Un germe difficile à classer récemment isolé chez le poulain. — MM. J. Verge, P. Saurat et R. Gaumont étudient ce germe, de structure identique au B. de Gaertner, mais qui se range plutôt dans le genre Shigella.

Recherches sur les salmonelloses équines : « salmonella typhi-murium » chez un poulain. — MM. J. Verge, P. Saurat et R. Gaumont concluent à un germe de sortie.

Action de la dépression atmosphérique sur les chronaxies nerveuses chez l'homme. — MM. J. Beyne et P. Chauchard et Mme B. Chauchard confirment le rôle principal du fac-

teur anoxie, mais montrent qu'interviennent aussi la rapidité des variations de pression et l'effet physique des très basses pressions, facteurs qui peuvent intervenir au cours du vol en avion, malgré l'inhalation d'oxygène.

Inoculation intratrachéale de virus grippal au lapin (modification des cellules pulmonaires). — MM. R. Panthier, G. Castaigne et Cl. Hannoun ont pu obtenir la multiplication du virus dans les poumons et effectuer des passages en série.

Ils décrivent des aspects de cellules pulmonaires qui leur semblent spécifiques de l'infection grippale.

Séance du 19 juillet 1947

Vasodilatation périphérique par excitation centripète des nerfs somatiques. — MM. L. Binet et M. Burstein, par la technique de la patte perfusée, montrent que l'excitation du bout central du sciatique détermine, en même temps qu'une hypertension générale, une vasodilatation périphérique.

Action de l'acide folique chez l'animal normal. — MM. H. Bénard, P. Rambert et Mlle Mélik ont observé une crise réticulocytaire nette avec augmentation transitoire du nombre des hématies chez le lapin normal avec une dose unique d'acide folique.

Détermination de l'activité de la pseudocholinestérase et de la cholinestérase spécifique dans une préparation contenant les deux diastases. — Mme A. Denys et Mlle J. Lévy montrent l'intérêt dans ce but du muscle de grenouille contracturé par la benzoylcholine et l'isovalérylcholine, contracturé par l'isobutyrylcholine et l'acétylcholine, en présence ou non de caféine ou de procaïne.

Actions anticholinestérasiques et sensibilisation à l'acétylcholine. — Mme A. Denys et Mlle J. Lévy ont cherché à préciser les facteurs qui peuvent jouer un rôle dans le phénomène de sensibilisation de l'action de l'acétylcholine sur le muscle dorsal énervé de sangsue.

Etude statistique sur le temps utile du nerf sciatique de grenouille. — MM. A. Strohl et A. Djourno n'ont trouvé que des variations de faible amplitude, et indépendantes des variations de la chronaxie elle-même.

Modifications du seuil gustatif du glucose à la suite de perturbations endocriniennes. — M. Soulairac a vu le seuil gustatif pour le glucose chez le rat et la souris s'abaisser par la surrénalectomie, la désoxycorticostérone, la thyroxine et augmenter avec l'insuline.

Magnésium et phosphatase alcaline du sang chez les cancéreux. — M. R. Truhaut et Mme M. Vermes n'ont trouvé dans le sang de 10 sujets non cancéreux et de 37 cancéreux divers aucune corrélation entre l'activité phosphatasique alcaline et le taux de magnésium du sang.

Courbe oscillographique artérielle à deux sommets chez l'homme et son intérêt théorique. — MM. F. Cantonnet et J.-B. Milovanovich décrivent la courbe oscillographique à deux sommets, très rare, mais qui montrerait que oscillométriquement, en cas de courbe à plateau, ou de courbe à deux sommets, la pression moyenne doit être mesurée sur obstacle, un second brassard fortement insufflé étant appliqué en aval de la poche.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

Séances des 21 et 27 mars 1947

La pénicillothérapie des suppurations pleuro-broncho-pulmonaires : A) dilatations bronchiques ; B) Abcès du poumon; C) pleurésies purulentes. — M. J. Chaptal, rapporteur. — La pénicilline a pris une place importante dans le traitement des suppurations pleuro-broncho-pulmonaires.

Dans les dilatations bronchiques et les abcès du poumon, elle est administrée par voie générale ou locale, ou simultanément par les deux modes. L'administration locale se fait en aérosols et en instillations bronchiques, notamment par cathétérisme zonaire sans bronchoscopie selon la méthode de Mattei et Métras. Il est recommandé de lui associer toujours la benzothérapie intraveineuse ou la thérapeutique sulfamidée, efficace sur les germes pénicillorésistants.

Dans les dilatations bronchiques les cures itératives réalisent des « nettoyages » de durée variable, parfois prolongée.

Dans l'abcès aigu du poumon la guérison peut être obtenue dans environ les trois quarts des cas. L'échec de la thérapeutique médicale oblige à l'intervention qui bénéficie largement de la pénicillothérapie. Les suppurations chroniques négligées doivent faire l'objet d'une tentative de traitement médical, curatif parfois, utile toujours comme préparation à l'intervention.

Dans les pleurésies purulentes aiguës la pénicillothérapie générale est utilement associée à l'injection locale intrapleurale de pénicilline, pratiquée de deux en deux jours après l'évacuation du pus. L'aseptisation est rapidement obtenue, mais il arrive que persiste un épanchement aseptique récidivant. Cet incident justifie la technique qui associe la pénicillothérapie à la pleurotomie à minima. Les uns pratiquent la pleurotomie précoce (4e jour) et systématique sous couvert de pénicilline. La plupart préfèrent la pleurotomie retardée (15e jour) et opportune, c'est-à-dire limitée aux cas qui ne guérissent pas dans ce délai.

Les suppurations chroniques de la plèvre avec cavités résiduelles qui ne cèdent pas à l'aspiration, relèvent de la thoracoplastie sous pénicilline. Les surinfections pleurales chez les tuberculeux sont justiciables de la pénicilline, mais les effets en sont très divers.

Bronchectasie et pénicilline. — MM. Janbon, J. Chaptal, H. Latour et R. Labauge rapportent trois observations d'où se dégage la notion d'une action rapide de la pénicillothérapie administrée par voie générale sur le volume et la fétidité de l'expectoration. Les doses utilisées furent modérées, 160.000 ou 80.000 U. par vingt-quatre heures ; chez un malade l'émétine lui fut associée, chez un autre une cure sulfamidée complète son action. Dans ces bronchorrhées purulentes dont nous connaissons la durée et la ténacité de chaque poussée, l'action d'assèchement rapide et d'écourtement de la plage critique a été remarquable. Deux malades sont sortis taris et asséchés. L'évolution du troisième a continué par contre à se poursuivre réalisant bientôt une récidive *in situ* avec réaction pleurale purulente que la pénicilline a pu encore juguler et permettre d'assécher et aveugler après drainage pleural.

Résultats de la pénicillinothérapie au cours des poussées infectieuses bronchiques, des sténoses bronchiques et des bronchectasies. — MM. G. Giraud, A. Balmès, L. Nichet et J. Mirouze rapportent trois observations de bronchectasie, au cours desquelles ils ont constaté l'action rapidement favorable de la pénicillinothérapie par voie endobronchique contre des accidents infectieux aigus graves. Ils estiment que cette thérapeutique constitue le traitement de choix des poussées d'infections bronchiques sévères qui ne régressent pas spontanément ou sous l'influence des traitements habituels. Ils préfèrent utiliser l'instillation endobronchique à la pénicillinothérapie générale ou aux traitements par les aérosols de pénicilline. Ils pensent que la pénicillinothérapie par voie endobronchique trouve là son indication majeure et considèrent, par contre, que dans les abcès du poumon ce traitement local n'est qu'un traitement secondaire qui ne doit être mis en œuvre qu'associé à un traitement général puissant.

A propos du traitement médical des abcès du poumon. — MM. G. Giraud et P. Cazal relatent sept cas d'abcès pulmonaires traités à fond par la pénicilline et par le benzoate de soude par voie intraveineuse. Ce furent six succès et un échec total. La guérison fut obtenue dans des cas graves, ou confiés aux auteurs largement hors des délais classiques (18 mois après le début dans un cas), ou compliqués d'effraction pleurale. La pénicilline a été administrée, associée au benzoate de soude, par voie générale ou par voie intra-pleurale.

Septicémie streptococcique avec arthrite purulente du genou, endocardite et encéphalite psychosique ; guérison par la pénicillothérapie : persistance d'un souffle mitral. — MM. M. Janbon, J. Chaptal et A. Pineau.

Pyopneumothorax enkysté, fétide ; guérison après traitement mixte par pénicilline et sulfadiazine. — MM. M. Janbon, J. Chaptal, H. Latour et Mlle H. Muller.

Pleurésie purulente méta-pneumonique guérie par une injection unique de pénicilline intra-pleurale. — MM. M. Janbon, Ch. Rigoulet et G. Bret ont vu, au décours d'une pneumonie de la base gauche traitée par sulfathiazol, se constituer


Cinq maillons de la
CHAINE VITAMINIQUE, le
Bécozyme
"Roche"
contient les cinq facteurs* essentiels du complexe vitaminique B sous forme pure, en dosage approprié, et en proportions les plus favorables pour stimuler la croissance et le développement.
* Vitamine B1
Vitamine B2
Vitamine B6
Nicotylamide
Acide pantothénique
Flacons de 20 Dragées
Roche
PRODUITS "ROCHE", 10 RUE CRILLON, PARIS 4e


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE
Laboratoires J. LAROZE - 54 rue de Paris - Charenton (Seine)

un épanchement purulent à pneumocoque dont la guérison complète, clinique et radiologique, est obtenue par une injection intra-pleurale unique de 40.000 unités de pénicilline pratiquée très précocement, sans traitement associé par voie générale.

Pleurésie purulente à pneumocoque. Pénicillothérapie et pleurotomie « a minima ». Guérison rapide. MM. Massabuau, Nègre, Bringer. — Pleurésie purulente à pneumocoque métapneumonique, chez un homme de 62 ans traité par ponctions évacuatrices et six injections intra-pleurales de 100.000 unités de pénicilline. Un cloisonnement rapide est obtenu. A la 6e ponction, injection. L'épanchement est complètement stérile. Une pleurotomie « a minima » permet l'évacuation facile et définitive de cette collection aseptique enkystée et le nettoyage pulmonaire radiologique complet. Les auteurs insistent sur la valeur de la pleurotomie « a minima » pour l'évacuation de belles collections dès que la stérilité du pus est obtenue. En effet la résorption spontanée de ces épanchements stériles demande souvent un délai assez long. La pleurotomie « a minima » assure une guérison rapide, sans séquelles.

Inefficacité de la pénicilline par voie intra-pleurale dans quelques cas de pleurésies aiguës pneumococciques. Guérison après reprise de la pénicillothérapie générale. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, A. Vedel et F. Boyer rappellent que, dans bien des cas de pleurésies purulentes récentes, la pénicillothérapie locale paraît être insuffisante pour assurer la guérison malgré la répétition des injections à doses suffisantes (50.000 unités en moyenne) et les ponctions évacuatrices. Aussi conseillent-ils, d'administrer, dès le début du traitement, la pénicilline par voie générale et locale ; ce procédé leur a toujours donné entière satisfaction, après échec de la pénicillothérapie locale. Ils insistent enfin sur le fait qu'avant d'envisager la faillite du traitement médical, celui-ci doit être suffisamment prolongé (3 semaines environ). Si la guérison n'est pas alors obtenue, c'est à la pleurotomie pratiquée « a minima » qu'il faudra sans plus de délai, avoir recours.

Pleurésie purulente chronique fistulisée guérie par la pénicillinothérapie locale. — MM. J. Vidal et Carabalona ont observé une pleurésie purulente chronique fistulisée évoluant depuis dix ans, par épisodes successifs et déjà traités par thoracoplastie ; ils ont eu recours à des instillations de pénicilline faites après cathétérisme du long trajet conduisant dans la poche pleurale résiduelle et ils ont, par cette seule thérapeutique, obtenu une guérison rapide, inespérée.

Les accidents cutanés de la pénicillinothérapie. — MM. Giraud, A. Balmes, F. Viala et J. Mirouze rapportent deux observations d'accidents cutanés au cours de traitements pénicilliniques. Chez un malade ils ont constaté l'apparition d'un œdème avec tendance très marquée à la vésiculisation. Le traitement a pu être repris ultérieurement sans autre incident ; une intradermo-réaction à la pénicilline a été négative. Chez l'autre malade, un traitement pénicillinique a provoqué une urticaire généralisée, qui est réapparue chaque fois que le traitement a été repris. L'intra-dermo-réaction à la pénicilline a été positive.

Les auteurs pensent qu'il s'agit là de cas d'espèces et que la conduite du clinicien doit varier suivant la gravité de l'affection traitée et l'importance des accidents cutanés observés. Ils considèrent que l'intra-dermo-réaction à la pénicilline met en évidence la sensibilisation à ce médicament d'un malade déjà traité et peut, en cas de reprise du traitement, lorsqu'elle est positive, laisser prévoir la possibilité d'accidents d'ordre réactionnel.

Accès pseudo-palustres au cours de traitements pénicilliniques — MM. G. Giraud, A. Balmès et J. Mirouze rapportent quatre observations de malades qui ont présenté des poussées thermiques assez élevées, mais de peu de durée au cours d'un traitement pénicillinique. Il s'agit là d'accidents sans aucune gravité, ne pouvant en aucun cas modifier la ligne de conduite thérapeutique. Ces accès relèvent vraisemblablement d'un choc colloïdoclasique.

Localisation radiologique d'abcès du poumon par rapport aux arbres bronchiques. — MM. Chatton, Maleki, Levrier insistent sur l'intérêt de la tomographie dans les abcès pulmonaires, pour la localisation exacte des abcès par rapport aux bronches, sans recours à la bronchographie dans la grande majorité des cas, à condition de pratiquer des coupes de face et de profil. Ils présentent de nombreux clichés intéressant cette étude.

Un cas de maladie de Charcot-Marie. — MM. P. Boulet, J. Chardonneau, J. Rodien et Mlle L. Pietri.

Ostéo-arthrite mélitococcique du poignet. — MM. M. Janbon, P. Betoulières et A. Pineau.

Œdème aigu du poumon et néphrite aiguë. — MM. M. Janbon, J. Chaptal, Ch. Rigoulet et J. Mirouze. — Chez une femme de 37 ans, sans antécédents pathologiques, au huitième jour d'une néphrite aiguë avec œdème et légère hypertension artérielle se développent brutalement des accidents d'œdème pulmonaire aigu d'une extrême gravité et qui cèdent complètement à la thérapeutique classique. Les auteurs signalent la rareté de l'œdème aigu du poumon dans les néphrites aiguës et font intervenir un élément infectieux surajouté d'origine grippale dans le mécanisme de la complication respiratoire. Le léger état fébrile observé a résisté à la pénicilline et a rapidement cédé à la sulfadiazine.

Epidurite staphylococcique lombo-sacrée. Guérison par pénicillothérapie. — MM. M. Janbon, Ch. Rigoulet, M. Lisbonne. — La localisation basse, dans le canal sacré, de l'épidurite suppurée, est exceptionnelle. Dans le cas rapporté, la symptomatologie se limitait, outre l'état fébrile, à des douleurs locales irradiées en hémi-ceinture, accompagnées d'une légère parésie du membre inférieur droit, avec abolition du réflexe rotulien correspondant et signe de Lasègue bilatéral. La collection fut ponctionnée par voie lombaire (L3 L4) et par le hiatus sacrococcigien. Le traitement pénicillé local et général entraîna une guérison rapide.

Artérite thrombosante des deux membres inférieurs au cours du traitement par la pénicilline d'un eczéma infecté. — MM. Massabuau, Courty, Biscaye rapportent l'observation d'une malade présentant un eczéma infecté et qui, au cours d'une reprise de traitement pénicilliné, présente une artérite thrombosante aiguë des deux membres inférieurs, se compliquant rapidement de phénomènes de gangrène. Comme facteur pathogénique dans la genèse de ces accidents, les auteurs retiennent le terrain artériel et vago-sympathique spécial de leur malade, encore que complètement latent, les impuretés, génératrices de choc, renfermées par certains échantillons de pénicilline, et des phénomènes de sensibilisation imputables au médicament lui-même.

THESES DE MEDECINE

3 *juin.* — M. Velter François. — Cranio-pharyngiomes.

4 *juin.* — M. Alba. — Insuffisances surrénales.
M. Martin. — Traitement des abcès du poumon par la pénicilline.
M. Malapert. — Maladie de Bouillaud.
M. Tcherniakovsky. — Fonct. soufrée des glandes surrénales.
M. Gaultier. — Suture des tendons extenseurs et fléchisseurs de la main.
M. Vallée. — Le curare.
M. Baudin. — Toxicité du dichloréthone.
M. Watenberg. — Intoxication oxycarbonée.
M. Leclerc. — Scoutisme, atmosphère de santé.
M. Malamud. — Ictère émotif.
M. Laroze. — L'étudiant en médecine.
M. Hamel. — Maladie polykystique du rein.

5 *juin.* — M. Hafner. — Aspects path. du camp d'Auschwitz, Birkenau.
M. Bigiaoui. — Adamantinomes.
M. Rudelle. — Tumeurs bénignes du grêle.
Mme Montagnon. — Tumeurs malignes des os.

6 *juin.* — Mme Prochiantz. — Syndrome oligodipsique avec hydrophilie.
M. Lehodey. — Néphrites aiguës du nourrisson.
Mme Coffin. — Index tuberculinique et primo-infection.
M. Raynaud de Lage. — Granulie et miliaires.
M. Ben Majed. — Traitement moderne de l'asthme.
M. Roquelaure. — Azotémie d'origine nerveuse.
M. Sevestre. — Calcithérapie.

11 *juin.* — M. Dvoirin. — Syndrome immédiat, crise vasomotrice.
M. Villain. — Emphysème bulleux.
M. Belin. — Spirochétose broncho-pulmonaire.
M. Michelet. — Maladie de la bombe atomique.
M. Malafosse. — Porteuses de gonocoques, cliniquement sains.
M. Mallet. — Encéphalite épidémique.
M. Doll. — Etude génétique de la surdimutité.
M. Cornette. — Pénicillinothérapie.
M. Fouquet. — Grippe maligne du nourrisson.
M. D'Halluin. — Calcifications pleurales.
M. Sénèque. — Préventorium moderne.
12 *juin.* — M. Holler. — Rapports de la neurofibromatose.
M. O'Coohoon. — Pyretothérapie dans rhumatisme articulaire.
M. Grunberg. — Normalisation ; les maisons préfabriquées.
M. Weber. — Contrôle sanitaire de la prostitution.

17 *juin.* — M. Ribera. — Vertiges labyrinthiques par verres prismatiques.
M. Hardy. — Pénicillothérapie des furoncles médio-faciaux.
M. Mercier. — Douleur au cours du zona ophtalmique.
M. Erraud. — Sympathomes embryonnaires.
M. Benoist. — Cystadénolymphome papillaire.
M. Defaux. — Ictus laryngé.
M. Combet. — Syndrome Wolff-Parkinson et White.

18 *juin.* — Mme Cabau. — Implants sous-cutanés d'hormone mâle.
M. Bottoli. — Service central transfuseur et réanimateur de l'Armée.
M. Verdier. — Rajeunissement à travers les âges.
M. Calitchi. — Syndrome cœliaque.
M. Girszowwicz. — Agranulocytose.
M. Terrasse. — Fièvres dites cryptogénétiques.
M. Tarnat. — Anesthésie épidurale continue en obstétrique.
Mme Carayon. — Lymphogranulomatose maligne.
M. Rajzman. — Mélanodermie au cours hépatites.
M. Malapert. — Maladie de Bouillaud.
M. Delsuc. — Urticaire alimentaire, traitement par histamine.
M. Dobo. — Protection du foie par méthodes nouvelles.
M. Martin. — Traitement des infections par streptomycine.
M. Mercadier. — Sphincter vésiculaire.

19 *juin.* — M. Roger. — Anévrysmes intracraniens de l'artère carotide interne.
M. Widerman. — Idées bergsoniennes.
M. Nouel. — Forceps avec extraction différée.
M. Ducret. — Gestation ectopique à terme avec enfant vivant.
M. Blaquière. — Décalcifications.
M. Darbour. — Péritonite chronique encapsulée par ascaridiose.
M. Clément. — Cancer fonc. mobile de la langue.
M. Synajko. — Flexions avec rotation de l'utérus.
M. Chasseuil. — Valeur prophylactique de divers règlements de la prostitution.
M. Leveuf. — Balanite et syphilis primaire.
M. Foerster. — Vitamine C et stomatites bismuthiques.
M. Decker. — Spondylite syphilitique.
M. Halberstardt. — Aplasies congénitales de la peau.
M. Beliard. — Sérologie des syphilis récentes.
M. Casati. — Syndromes recto-sigmoïdiens.
M. Delmarcel. — Ostéosarcomes du fumeur.
20 *juin.* — M. Charpentier. — Phosphore radio-actif.
M. Sizaret. — Hypotension intracranienne.
M. Barthes. — Recherche de la paternité par groupes sanguins.
M. Lépacney. — Pénicillothérapie.
M. Doizy. — Médecine dans un petit village de France au moyen âge.
M. Merle. — Exophtalmie pulsatile.
M. Housset. — Traitement des méningites par pénicilline.
M. Nassif. — Fractures des jambes.
M. Levillain. — Traitement des abcès chauds par pénicillothérapie.
M. Bourdais. — Polypose recto-colique essentielle.
M. Feliciano. — Caverne tuberculeuse et la bronchoscopie.

THESES VETERINAIRES

5 *juin.* — M. Condom. — Vaginite granuleuse de la vache et stérilité.
M. Hamel. — Principaux facteurs de la fécondité des femelles domestiques.

18 *juin.* — M. Barrière. — Toxicité de l'essence et produits distillés d'origine pétrolifère.
M. Savigny. — Séminologie chez les gallinacés.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Association Générale des Médecins de France

Bourses familiales du Corps médical. — Fondation de M. le Dr Roussel. — Grâce à la générosité renouvelée des Laboratoires Roussel, l'Association Générale des Médecins de France peut disposer cette année de 20 bourses de 25.000 francs chacune, en faveur de médecins ayant au moins cinq enfants, de veuves en ayant trois à leur charge, ou d'orphelins, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association Générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), pour la fin octobre au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1947.

L'interdiction de circulation des voitures d'une puissance supérieure à 15 CV

A ce sujet, le Dr Lafay, conseiller de la République et secrétaire général du Conseil national de l'Ordre, a attiré l'attention de MM. les ministres de l'Intérieur et de la Santé publique sur les répercussions de la récente décision du Gouvernement d'interdire la circulation des voitures d'une puissance supérieure à 15 CV, en ce qui concerne les déplacements effectués par les médecins, en vue de dispenser leurs soins à leurs malades.

En l'absence d'attribution de voitures automobiles en quantité suffisante, certains médecins ont en effet été dans l'obligation d'acheter, parfois même à l'Administration des Domaines, des voitures de puissance supérieure à 15 CV, afin de pouvoir, malgré tout, visiter leurs malades et répondre aux urgences.

Il est à noter que la répartition de l'essence aux médecins étant effectuée par les syndicats médicaux à partir d'un contingent global attribué à l'ensemble du Corps médical, une telle mesure n'influence en rien la consommation générale.

Les médecins utilisant des voitures de puissance supérieure à 15 CV en sont simplement réduits à faire marcher leur voiture moins souvent, et à la réserver, en particulier, pour les urgences.

M. Bernard Lafay, conseiller de la République, demande donc à MM. les Ministres de l'Intérieur et de la Santé publique de bien vouloir envisager en faveur du Corps médical des dérogations à cette mesure qui risque, dans le cas contraire, d'avoir des conséquences fâcheuses sur la santé publique et, notamment, d'entraîner une augmentation du nombre des accidents provoqués par des soins d'urgence trop tardifs.

Attribution de véhicules automobiles aux médecins du travail

Les médecins du travail désireux de se faire attribuer un véhicule automobile peuvent formuler une demande auprès des syndicats représentatifs des médecins du travail désignés ci-après. Ces syndicats reçoivent un contingent trimestriel de voitures à répartir entre tous les médecins du travail de France, adhérents ou non, sans qu'il leur soit demandé, jusqu'à nouvel avis, de participation à des frais quelconques. Joindre seulement un timbre pour réponse.

Syndicat des médecins du travail C. F. T. C., 11 bis, rue Roquépine, Paris (8e).

Syndicat des médecins du travail C.G.T., 29, boulevard du Temple, Paris.

L'Association Générale des Etudiants en Médecine reprend son activité après les vacances.

Née de la fusion de deux associations plus anciennes, la Corpo et l'A. E. M. P., elle a conservé les idéaux et les traditions de ses deux devancières.

Continuant leur activité sociale, elle aide ses adhérents par tous les moyens en son pouvoir : prêt de livres à domicile, organisation de conférences d'externat, édition de cours polycopiés et de conférences d'externat à bas prix, service de remplacements, distribution de bourses de dépannage.

Continuant leur activité professionnelle, elle s'efforce de faire aboutir son projet de réforme des études médicales et dans le cadre de l'Union Nationale des Etudiants de France, d'obtenir une amélioration des conditions de vie des étudiants les plus nécessiteux.

Elle offre une salle de jeux et un foyer aux étudiants désireux de se distraire.

Son journal mensuel, « L'Etudiant Médecin », tient médecins et étudiants au courant des dernières nouvelles intéressant la vie de la Faculté.

Forte l'an dernier de 2.000 membres actifs et de 1.000 membres honoraires, elle espère pouvoir encore augmenter ces chiffres cette année et fait appel à toutes les bonnes volontés pour l'aider dans une tâche de plus en plus difficile.

Secrétariat et salle de jeux : 6, rue Antoine-Dubois (6e).

Bibliothèques et salles de travail : 8, rue Dante (5e).





Dépôt légal. — 1947. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 41. — SAMEDI 11 OCTOBRE 1947 — 120e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris* 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef :* Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

5e concours pour une place de chirurgien des hôpitaux : 1947.

Liste par ordre de tirage au sort de MM. les Membres du jury : MM. Petit-Dutaillis, Monod Robert, Monod Raoul, de Gaudart d'Allaines, Guimbellot, Seille, Bergeret, Gérard-Marchant, Braine, Pr Leveuf, chirurgiens ; Laporte, médecin.

2e concours pour 2 places d'électro-radiologistes des hôpitaux : 1947.

Liste par ordre de tirage au sort de MM. les membres du jury : MM. Liquier, Thibonneau, Puyaubert, Brunet, Codet, Petit, Foubert, électro-radiologistes ; Lemaire, médecin ; Bergeret, chirurgien.

Faculté de Médecine de Paris

Concours du clinicat 1947. — Le concours, uniquement réservé aux candidats déjà délégués dans les fonctions de chef de clinique pendant l'année scolaire 1946-1947 s'ouvrira le 20 octobre prochain.

Inscription et renseignements au secrétariat de la Faculté, bureau n° 1, du 13 au 18 octobre 1947.

Ordre de la Santé publique

CHEVALIER. — M. le Dr Guillerm, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Rennes.

EDUCATION NATIONALE

Conseil supérieur de l'Education nationale. — Le Conseil supérieur, statuant en matière contentieuse et disciplinaire, est convoqué en session ordinaire, le mardi 21 octobre 1947, à 9 h. 30, au Ministère de l'Education nationale.

SANTE PUBLIQUE

Inspection de la Santé

Rappelons qu'un concours sera ouvert le 17 novembre 1947, au ministère de la Santé publique et de la Population à Paris, et éventuellement, dans un centre qui sera désigné ultérieurement pour le recrutement de médecins inspecteurs stagiaires de la Santé.

Le nombre des places mises au concours est de trente.

Peuvent être admis à concourir les candidats de l'un et l'autre sexe âgés de moins de 35 ans au 1er janvier 1947, possédant la qualité de Français et titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine et d'un des diplômes universitaires d'hygiène institués dans les conditions prévues par le décret du 21 juillet 1897.

Les candidats visés par l'ordonnance du 15 juin 1943 relative aux fonctionnaires ou candidats à la fonction publique, prisonniers, déportés, mobilisés bénéficieront d'avantages spéciaux, ainsi que les médecins intérimaires déjà en exercice.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au ministère de la Santé publique et de la Population, Direction de l'Administration générale, du Personnel et du Budget, 2e bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Les autopsies dans les établissements hospitaliers. — Le J. O. du 30 septembre publie un décret n° 47-1902 du 26 septembre 1947 dont voici la teneur :

« Article premier. — L'article 27 du décret provisoirement applicable du 31 décembre 1941 codifiant les textes relatifs aux opérations d'inhumation, d'exhumation, d'incinération et de transport des corps est ainsi modifié :

« Les dispositions des articles 25 et 26 ci-dessus ne sont pas applicables aux opérations pratiquées dans les établissements hospitaliers figurant sur une liste établie par le ministre de la Santé publique.

« Dans ces établissements, les autopsies et prélèvements n'auront lieu que vingt-quatre heures après le décès et à condition que la famille ne s'y soit pas opposée. Toutefois, si le médecin chef de service juge que l'intérêt public le commande, l'autopsie et les prélèvements pourront, même en cas d'opposition de la famille, être pratiqués avant vingt-quatre heures. Dans ce dernier cas, le décès devra avoir été constaté par deux médecins de l'établissement qui devront employer tous les procédés usuels pour s'assurer de la réalité de la mort. Ils devront signer le procès-verbal de constat de décès. »

Art. 2. — Est abrogé l'article 42 du décret provisoirement applicable du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. »

Les concours d'internat en médecine dans les hôpitaux de 2e catégorie. — Le J. O. du 30 septembre publie un arrêté du 18 septembre 1947 modifiant l'article 7 de l'arrêté du 13 août 1943 :

Les candidats à l'internat des hôpitaux des groupements hospitaliers des villes où ne siège pas une faculté de médecine ou une école de plein exercice doivent fournir, en plus des pièces prévues, un certificat d'une faculté ou école de médecine française attestant qu'ils possèdent douze inscriptions.

Hôpitaux psychiatriques. — Par arrêté en date du 16 septembre 1947, M. le Dr Carrère, médecin des hôpitaux psychiatriques, mis à la disposition du ministre des Affaires étrangères, est nommé médecin directeur, à titre provisoire, de l'hôpital de Vauclaire (Dordogne), poste vacant.

M. le Dr Fretet, méd. chef du quart. des aliénés des hospices d'Agen, est nommé médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Prémontré (Aisne), en remplacement du Dr Dupont.

M. le Dr J.-L. Beaudouin, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques de 1946, est nommé médecin chef à l'hôpital de Saint-Rémy (Haute-Savoie), en remplacement de M. le Dr Bruère-Dawson.

M. le Dr Delage, chargé à titre provisoire des fonctions de médecin directeur de la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier), est affecté, en qualité de médecin chef, à l'hôpital psychiatrique de Naugeat (Haute-Vienne).

Services publics antituberculeux. — M. le Dr Félix, reçu au concours du 11 décembre 1946, est mis à la disposition du préfet du Bas-Rhin en vue d'assurer un service public antituberculeux dans ce département.

M. le Dr Ernewein, reçu au concours du 11 décembre 1946 est mis, dans les mêmes conditions, à la disposition du préfet du Bas-Rhin.

Centres régionaux de lutte contre le cancer. — Par arrêté du 30 septembre, les centres régionaux de Reims, Marseille et Lille sont agréés et dotés de la personnalité civile. (J. O. 4 octobre 1947).

Conseil permanent d'hygiène sociale. — M. le Dr Jean-Louis Roux-Berger, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, a été chargé des fonctions de vice-président de la commission du Conseil permanent d'hygiène sociale. (J. O. 4 octobre 1947).

Radio-isotopes. — Il est constitué, au ministère de la Santé publique, une commission chargée d'étudier les applications thérapeutiques et biologiques des radio-isotopes. (J. O., 4 octobre 1947.)

Guerre

Service de santé militaire. — Ont été promus :

Troupes métropolitaines. — Au grade de médecin colonel : MM. Guiter, Rey et Leblais.

Au grade de médecin lieutenant-colonel : MM. Chappoux, Bernier, Sauvaget, Tanguy, Paléologue, Arthenac, Pagès, Henrion et Henry.

Au grade de médecin commandant : MM. Bureau, Reilles-Gerbal, Simon, Rossi, Roulin, Liscoet, Vidal, Girardin, Soule et Aiguier.

Au grade de médecin capitaine : MM. Imbert, Rivelon, Méry, Le Quere, Viau, Despras-Girard, Bertojo, Bouchet, Ferrand, Dupont, Chambon, Delbosc, Olivier et Demesse.

Au grade de pharmacien commandant : M. Peronnet.

Au grade de pharmacien capitaine : M. Jacouen.

Troupes coloniales.

Au grade de médecin colonel : MM. Ceccaldi et David.

Au grade de médecin lieutenant-colonel : MM. Soulage, Pouderoux, Clerc et Gallais.

Au grade de médecin commandant : MM. Dilhac, Morand, Martin, Pellissier, Porte, Creste, Boutilhier, Valette, Barrau, Audemard, Forces, Berthon, Cordier, de Lajudie, Thenoz, Clément, Quere, André Lacrampe, Bouchard, Soyer.

Au grade de médecin capitaine : MM. David, Langlais, Lacroix, Costantini, Macé, Rivemale, Fribaud, Mayeux, de Saint-Paston de Bonrepeaux, Brun-Boisson, Belotte, Nansot, Simond, Ridet, Montogne.

Au grade de pharmacien colonel : M. Deneule.

Au grade de pharmacien capitaine : MM. Soula, Bergot et Douillard.

Marine

Ecole du service de santé de la marine. — Liste par ordre de mérite des étudiants en médecine et en pharmacie admis à l'Ecole principale du service de santé de la marine en 1947 :

A. Ligne médicale. — Candidats à quatre inscriptions :

1. Borel, Staeffen, Gelly, Mazot Soutoul, Bertrand Le Hunsec, Capdevielle, Malleville, Boisserie.

11. Baron, Bovet, Sentilhes, Guérin, Garnier, Tavernier, Porchaire, Trojani, Pierchon, Berthelé.

21. Pineau, Revil, Moal, Auriault, Le Den, Serres, Castel, Bordas, Rivoalen, Blanc.

31. Fourquet, Monteil, Leproux, Carboni, Thévenot, Vary, David, Hervé de Penhoët, Parade, Hubert.

41. Zwingelstein, Vignon, Broquet, Carves, Abel, Gavarino, René, Simon, Rougerie, Belaube.

51. Guillon, Martineaud, Pater, Bascands, Chamfeuil, Moreigne, Didier, Cointet, Auphan, Sizaire, Chauveau, Buisson, Journes.

Candidats à huit inscriptions :

1. Ducourneau, 2. Edouard.

Candidats à douze inscriptions :

1. Barrand. 2 Esquirol.

B. Ligne pharmaceutique. — Candidats stagiaires :

1. Troadec, Talpin, Voury, Pinçon, Fourques, Etienne, Funten, Collet, Lartigan, Laforgue, Orsetti, Lacouture.

Tous ces élèves recevront une convocation individuelle. Ils devront se présenter, munis de cette convocation, au médecin général de 2e classe directeur de l'Ecole principale du service de santé de la marine, à Bordeaux, le 20 octobre 1947, avant douze heures.

Résultats heureux du traitement de la fièvre typhoïde par l'emploi en temps opportun des sulfamides associés aux transfusions de sang

Indications de la pénicilline - Incidences pathogéniques

Par le Dr Raoul Dana

médecin de l'Hôpital de la Libération à Tunis

Dans une note précédente (1), nous avons signalé les premiers résultats satisfaisants que nous donnait notre traitement.

Il nous paraît utile d'apporter aujourd'hui la confirmation de ces premiers résultats, car la fièvre typhoïde est une maladie qui occasionne encore des ravages. Si elle ne donne qu'exceptionnellement une mortalité de 36 pour cent comme durant la guerre de Sécession ou de 50 pour cent comme durant une certaine période de notre épidémie de Tunis de 1945-1946 à l'Hôpital de la Libération, elle provoque des décès trop nombreux, autour de 20 pour cent des cas traités dans les hôpitaux, selon les statistiques de la plupart des auteurs (2).

Dans notre Service d'hôpital où arrivent surtout les malades graves qui ne peuvent être soignés en ville, la mortalité oscillait autour de 30 pour cent. Elle est tombée entre deux et trois pour cent depuis que nous appliquons notre traitement.

Sur 92 cas traités nous avons eu deux décès.

Ce résultat nous paraît digne d'être rapporté, d'autant que nous n'avons traité que les cas qui nous ont paru mettre en danger la vie de nos malades pour éviter le reproche d'appliquer une thérapeutique inutile aux formes cliniques légères, celles qui ont une tendance naturelle à la guérison.

Notre traitement consiste en l'emploi des sulfamides seuls (3) ou associés à des transfusions de sang citraté d'individus sains (4).

Dans certaines formes cliniques, il nous a paru utile d'ajouter la pénicilline qui a une activité remarquable dans toutes les infections de la cavité buccale (5).

Notre traitement consiste en l'emploi en temps opportun de ces médications.

L'heure de cette thérapeutique peut être donnée par chacun des trois critériums suivants seuls ou conjointement.

1° Critérium urinaire : apparition d'une infection urinaire, discrète en général et qui se révèle par la découverte dans les urines d'un coli ou d'un paracolibacille ou encore par d'autres germes.

Ce critérium est habituellement tardif et peut être inconstant.

2° Critérium sanguin : constatation d'une leucocytose même légère avec polynucléose à la place de la leucopénie avec lymphocytose habituelle avant toute complication cliniquement appréciable. C'est pour nous l'indication de la nécessité des sulfamides qui peuvent être employés seuls.

3° Critérium clinique : c'est le plus constant, les deux précédents pouvant faire défaut. C'est pour le clinicien le plus important. Quand l'infection paraît sévère ou prolongée et que les signes généraux sont inquiétants, malgré une leucopénie qui peut persister, nous faisons des transfusions de sang d'autant plus rapprochées (parfois tous les jours) que la maladie est plus grave et nous associons la sulfamidothérapie en injections intramusculaires à la dose qui nous a paru optima : deux à trois grammes par jour.

Dans ces formes cliniques, la transfusion de sang nous paraît indispensable, car en dehors de toute autre considération pathogénique elle provoque une polynucléose qui neutralise l'action agranulocytaire que pourraient avoir les sulfamides.

De plus, quand il y a stomatite sévère ou menace de noma, la pénicilline à la dose de 300.000 à 500.000 unités par jour ajoutée à notre traitement, fait disparaître en peu de jours la menace d'une complication mortelle (6).

Il est évident que les autres médications symptomatiques seront données suivant l'indication du moment (sérum glucosé, toni-cardiaques, huile de foie de morue en application locale sur les escarres, etc...).

Contre-indications : Il existe, à notre avis, deux contre-indications à l'emploi des sulfamides.

C'est en premier lieu le néphro-typhus avec hématurie importante et azotémie élevée. Notre expérience n'est pas suffisamment étendue pour dire si elle est formelle et absolue. Nous avons donné des sulfamides quand l'atteinte rénale nous a paru légère, c'est-à-dire, quand, malgré la présence de cylindres granuleux et d'hématies dans les urines, la diurèse restait bonne et l'azotémie au-dessous ou autour de 0 gr. 50. Nous avons vu, avec l'amélioration du malade, disparaître les signes rénaux. Toutefois la question mérite une étude plus approfondie.

En deuxième lieu : c'est l'apparition d'une cyanose importante. Cette intolérance nous a paru exceptionnelle.

Nous l'avons rencontrée deux fois. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une encéphalite avec hyperthermie, hypertonie, troubles psychiques et escarres. Après avoir suspendu le traitement pendant deux jours, nous avons pu le reprendre et le voir alors bien supporté. Le malade a guéri.

L'autre cas a été un échec.

En dehors de ces deux contre-indications nous n'en connaissons pas d'autres. Le danger d'une agranulocytose chimio-thérapique nous paraît écarté par les injections de sang.

Tel est dans ses grandes lignes le traitement que nous employons et que nous préconisons dans les fièvres typhoïdes graves. Il nous a donné des résultats qui sont un fait clinique qui ne nous paraît pas pouvoir être discuté.

Il peut paraître intéressant de se demander par quel mécanisme ces différentes médications qui, employées seules, n'ont sur le bacille d'Eberth qu'une action discutée ou réfutée peuvent, dans certaines conditions, avoir une action favorable sur la fièvre typhoïde.

On sait que la dothiénentérie de Bretonneau a acquis son autonomie définitive après les recherches de Louis, après la découverte du « bacillus typhosus » par Eberth dans l'organisme (ganglions mésentériques, plaques de Peyer, etc ..) après que Schottmuller eut trouvé ce même bacille dans le sang et que Fernand Widal, en agglutinant ces bacilles par le sérum des malades eut confirmé la corrélation existant entre le syndrome clinique et l'existence du bacille dans l'organisme.

Il ne nous vient pas à l'esprit de discuter de tels faits.

Les bacilles typhiques restent à la base du syndrome typhoïdique.

Avant même la découverte du bacille la pathogénie a été étudiée. Murchison, en 1857, exposait sa théorie pathogénique. Après la découverte du bacille, il nous faut retenir tout d'abord les travaux de Lavergne et le cycle septicémique et plus particulièrement entéro-hépatique du bacille.

Ensuite Reilly, par de très belles expériences, exposait la relation qui peut exister entre les phénomènes nerveux et les autres troubles, intestinaux en particulier. C'est la théorie de l'intoxication aiguë du système sympathique intestinal.

1. Raoul Dana, André Corcos et Roger Halfon. Essais de traitement de la fièvre typhoïde par la pénicilline, les sulfamides et les transfusions de sang. Résultats satisfaisants de la sulfamidothérapie associée aux transfusions. Académie de Médecine, 5 novembre 1946. Cf. *Gaz. Hôp.* 1946, p. 513.
2. Pilod et Coumel in *Encyclopédie Médico Chirurgicale.*
3. Raoul Dana. Fièvre typhoïde. Infection urinaire à type colibacillaire et sulfathiazol, in *Tunisie Médicale*, mars avril 1947.
4. Raoul Dana. Le traitement de la fièvre typhoïde par les sulfamides, in *Le Médecin libre*, juillet 1947.
5. Raoul Dana, André Corcos et Henri Cohen. Noma médicamenteux guéri rapidement par la pénicilline. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 12 octobre 1945.
6. Ed. Benhamou. Noma et pénicilline. Soc. Méd. des Hôp. d'Alger, 13 février 1946.

Le professeur H. Vincent, à son tour, apporte un faisceau d'arguments en faveur des toxines exogènes : neurotoxine ou entérotoxine et pour lui « le type le plus achevé des septicémies humaines » de Widal devient « une maladie d'origine microbienne mais de pathologie essentiellement toxique (7).

Chacune de ces théories peut contenir sa part de vérité dans la mesure du rôle joué par le bacille d'Eberth dans un organisme.

Pour notre part, deux faits cliniques ont plus particulièrement retenu notre attention :

1° La tolérance remarquable de l'organisme, au moins pendant une certaine période, à l'infection éberthienne.

Pendant l'incubation et la période de début, la présence du bacille dans le sang (Schottmuller, Inger et Auerbach, Connadi, H. Vincent) ne se traduit que par un minimum de symptômes et toute l'évolution peut demeurer d'une remarquable bénignité (fièvre synoque, fièvre ambulatoire).

2° La virulence et la variété extraordinaire de certaines autres formes cliniques (encéphalite, néphro-typhus, colotyphus, etc.) et pourtant ce même bacille, cultivé à partir de ces maladies, ne présente plus le même caractère quand il est inoculé à d'autres organes (expériences de H. Vincent, rapportées dans le bulletin de l'*Office International d'Hygiène Publique* de septembre, octobre 1944) si bien que la virulence ne nous paraît pas inhérente au bacille d'Eberth ni à ses seules toxines.

Nous admettons que d'autres facteurs entrent en jeu, facteurs inhérents à l'organisme humain, cet « inconnu ».

Ici, il nous faut rappeler la notion courante et déjà ancienne des associations microbiennes qui accompagnent le bacille d'Eberth. De nombreux travaux et parmi eux ceux de Widal, de Vincent, de Lemierre, d'Abrami et de beaucoup d'autres ont montré dans le sang ou dans les urines, ou encore dans les collections purulentes qui peuvent survenir au cours de la maladie, l'existence de bactéries du groupe coli, paracolibacille ou de streptocoques, de staphylocoques ou d'autres germes encore. Ces germes n'ont été trouvés que dans les formes particulièrement virulentes ou prolongées de la maladie ainsi que l'attestent leurs propres observations, auxquelles nous ajouterons les nôtres. Nous admettons que ces germes sont devenus virulents par des phénomènes d'allergie non spécifique, phénomènes bien connus depuis les travaux de Sanarelli en 1924 et ceux de Schwartzman en 1927.

De plus des phénomènes de sensibilisation et d'auto-sensibilisation (expériences de Simitch, de Moatchnine et de Mrchovitch de Belgrade (8), peuvent apporter leur note particulière au syndrome clinique.

Ainsi donc l'extrême variété des formes cliniques de la fièvre typhoïde grave se trouve expliquée par l'entrée en jeu d'associations microbiennes variées pouvant conditionner d'une part l'exaltation de la virulence du bacille d'Eberth et d'autre part la localisation principale de la maladie qui peut résulter de leur propre virulence.

Ainsi donc aussi se trouve expliqué pour quelle raison notre thérapeutique qui brise le cycle des hétéro-allergies devient active et pour quelles raisons elle devient active à l'heure où la maladie devient dangereuse.

Les sulfamides ont une action qui n'a plus besoin d'être démontrée sur de nombreux germes, le sulfathiazol ou la sulfonamidine plus particulièrement quand le germe associé est un coli ou un paracolibacille.

La pénicilline, pour des localisations buccales où les associations fuso-spirillaires sont fréquentes, a une efficacité remarquable et admise par tous les auteurs.

Quant à la transfusion de sang, nous avons déjà insisté sur la polynucléose qu'elle provoque et cette seule constatation justifie sa mise en œuvre.

De plus si son action anti-infectieuse a été mise en évidence depuis longtemps (Flandin, Tzanck, Netter, May, Harvier, P. E. Weill et beaucoup d'autres auteurs), l'on sait aussi que le sérum humain même non immunisé par une vaccination ou une atteinte préalable a une action lytique sur le bacille d'Eberth (expérience de Gabritchenski) et Reilly signale son action réduite mais certaine sur les « poisons du bacille », et ce sont là autant de raisons supplémentaires qui militent en faveur de l'emploi de transfusions du sang qui dans la gamme de nos médications, aurait une action plus particulière sur le bacille d'Eberth.

Pour terminer nous voulons insister sur la notion du cycle des hétéro-allergies dans la fièvre typhoïde, cycle qu'il faut rompre pour permettre à l'organisme de guérir. Cette notion explique pourquoi une médication spécifique contre le bacille d'Eberth n'a une action efficace que si elle est employée au début de la maladie quand ce bacille est seul en cause. Plus tardivement quand les phénomènes d'allergie non spécifique sont déclenchés, cette même médication n'aura plus qu'une action comparable à celle des médications que nous avons employées, c'est-à-dire celle de rompre le cycle.

Cette notion nous paraît pouvoir être étendue à d'autres domaines de la pathologie générale.

Tunis, le 2 septembre 1947.

7. H. Vincent. Pathologie nouvelle de la fièvre typhoïde, maladie d'intoxication. *Bulletin de l'Off. Intern. d'Hyg. Publ.*, sept.-oct. 1944.
8. Simitch, Moatchnine et Mrchovitch, in *Paris Médical*, n° 46, 1932.

ACTUALITÉS

L'hypoglycémie consécutive aux gastrectomies et aux gastro-entérostomies

La réactivation chirurgicale des pancréas diabétiques

M. le professeur Mériel (de Toulouse) dans une très importante revue générale consacrée aux « tentatives chirurgicales dans le traitement de certains diabètes » (1), rappelait récemment les travaux anciens de Lépine et Barral (1900), ceux plus récents de Fontaine et Hermann, ceux enfin de l'école toulousaine avec Sendrail, Cahuzac, Lassalle et Bertrand. M. Mériel constatait que si l'insuline neutralise temporairement le trouble diabétique, elle ne le guérit pas (Sendrail, Cahuzac), et il ajoutait : « Les succès, de jour en jour plus encourageants de la chirurgie endocrinienne, ont, de ce fait, orienté les recherches vers des tentatives opératoires sur le sympathique et les glandes endocrines. »

« Les essais chirurgicaux ont été peu nombreux jusqu'à ce jour, remarque Sendrail dans son ouvrage capital sur l'*Hyperinsulinie* (2), car la plupart des chirurgiens ne se sont reconnu le droit d'effectuer chez l'homme une manœuvre aussi délicate qu'à la faveur d'un acte opératoire commandé par les circonstances. Seules la gastro-entérostomie et les gastrectomies ouvrent en direction de l'aire pancréatique une brèche suffisamment large. L'occasion d'interventions de cet ordre chez les diabétiques ne se présente que de loin en loin. »

C'est, de leur propre aveu, un heureux hasard qui fournit à Sendrail, Lassalle et P. Bertrand (3) l'obligation, au cours d'une gastro-entérostomie pour périviscérite chez un diabétique grave, de dilacérer d'importantes adhérences dans l'aire pancréatique. Il s'ensuivit une amélioration durable (4 ans) que seule la mort inopinée du malade par ictus apoplectique a peut-être empêchée de pouvoir un jour être dénommée guérison.

Il arrive de temps à autre à l'observation clinique d'orienter dans la même direction l'attention du médecin. C'est ainsi que dans un tout récent fascicule du *British Medical Journal*, Gilbert et Dunlop (d'Edimbourg) (4) font mention d'une curieuse série de 45 opérés, gastrectomisés partiels pour ulcère gastrique ; parmi eux, une même complication a sévi avec une particulière fréquence : 17 sujets sur 45 ont présenté de l'hypoglycémie postprandiale, parfois assez prononcée et assez durable pour entraver toute reprise d'activité professionnelle.

D'autres auteurs, anglais (5) ou scandinaves (6), ont observé des faits analogues. Récemment encore, M. Charles Debray (7) apportait cinq observations de gastrectomie ou de gastro-entérostomie ayant comporté ce même syndrome d'hyperinsulinisme dont l'expérimentation a permis de connaître avec précision les caractères.

L'étendue du trouble humoral engendré par le trouble dans la sécrétion insulinienne avait dès longtemps retenu l'attention puisque dès 1897, étudiant la réaction de Bremer, Pierre Marie

et Le Goff (8) avaient montré que les globules sanguins eux-mêmes en subissaient l'influence et reflétaient le trouble insulinien. Les cas d'hyperinsulinie, même sans diabète, que nous venons de signaler ont trait eux aussi à des phénomènes de semblable pathogénie malgré les différences d'étiologie.

Il n'est donc pas illogique de penser que la thérapeutique du diabète, actuellement dans une impasse, comme le constate Sendrail, pourrait en sortir en s'orientant dans la nouvelle direction que, d'un commun accord semble-t-il, la physiologie et la clinique semblent indiquer.

L'étude de l'hyperinsulinie expérimentale a montré, en effet, que si le pneumogastrique stimule la sécrétion insulinique, le sympathique au contraire l'inhibe, à la fois par une action directe sur les flots langerhansiens et par une action indirecte : action vasoconstrictrice.

La mise hors de jeu ou la destruction du sympathique provoquent expérimentalement une série d'oscillations glycémiques fort bien retrouvées dans l'étude de M. Sendrail et sur lesquelles nous ne saurions nous étendre ici. L'aboutissant en est une hypoglycémie prolongée, définitive même peut-être, relevant d'une surproduction d'insuline, associée à une hypérémie locale durable, sans doute favorable à l'activité sécrétoire.

Pour augmenter la sécrétion d'insuline, bien des procédés ont été envisagés où l'ingéniosité des chirurgiens a tenté d'utiliser les résultats de l'expérimentation sur l'animal. Les maillons de la chaîne pathogénique ont été successivement visés par le désir d'éviter des techniques trop délicates ou trop périlleuses. D'abord l'intervention sur les équilibres endocriniens [intervention sur l'hypophyse, les surrénales : Giordano (de Venise), Donati (de Milan) (9), Ciminata (10), la thyroïde, les glandes génitales, etc.]. Nous nous y arrêterons d'autant moins que le retentissement de telles techniques ne saurait, comme l'a remarqué Leriche, améliorer une insuffisance glandulaire déterminée en additionnant d'autres insuffisances glandulaires. Le retentissement trop diffus déborde bien au-delà du pancréas.

Ce sont les interventions sur le sympathique même qui ont paru les moins décevantes, et auxquelles on a tendu à se rallier. Des considérations de prudence et d'aisance technique ont incité certains auteurs à rester physiologiquement et anatomiquement à distance du pancréas : blocage des filets paravertébraux de Hirschhorn et Popper, ablation du ganglion semi-lunaire (Takats 1933) qui dans les expériences sur le chien retentissaient sur le pancréas, ont des effets trop dispersés pour être pratiques en médecine. Il faut des procédés plus directs et d'effet plus localisé.

Le blocage anesthésique des splanchniques [Ciceri et Gabrielli (11), Servelle (12), la splanchnicotomie (Takats (13) 1935] entre les mains de Bréhant (d'Oran) (14) ont donné des résultats dignes d'attention mais après lesquels des conclusions définitives seraient encore prématurées.

C'est plus près du pancréas qu'il faut agir. Déjà les injections intraartérielles de novocaïne selon la méthode de Leriche pratiquées dans l'artère pancréatico-duodénale supérieure [Sendrail, Cahuzac et Courty (15)] agissent par le sympathique sur la sécrétion pancréatique et provoquent des effets dont le sens varie avec le mode d'administration. Il faut des résultats plus durables et que l'action chirurgicale sur les filets nerveux paraît seule capable de produire ; les injections périartérielles n'ont vraisemblablement qu'un effet temporaire. La résection des filets sympathiques péripancréatiques a des effets, à priori, plus durables, tant par action directe sur la glande que par les modifications apportées à l'irrigation glandulaire. C'est en 1937 que Sendrail et Cahuzac (16) ont commencé de publier leurs recherches sur la sympathicectomie justa-pancréatique. L'action opératoire est ici appliquée en des points qui permettent d'en localiser le retentissement au seul pancréas. La méthode, mise au point de la façon la plus précise sur l'animal d'expérience, s'est montrée active tant au point de vue des modifications histologiques apparues dans le pancréas qu'à celui des modifications humorales, à leur qualité, à leur amplitude, à leur durée et à leur constance. Il semble bien se produire de façon constante une « réactivation » fonctionnelle et même anatomique des éléments langerhansiens ; les fibres parasympathiques entièrement épargnées conservent tout leur pouvoir activant, l'hypérémie glandulaire aide au fonctionnement plus actif de la glande, le sympathique est dépouillé de son action frénatrice ; les mesures de glycémie reflètent l'état nouveau de la fonction insulinienne rénovée. Pour parfaire la manœuvre chirurgicale les auteurs procèdent à une cautérisation chimique par le liquide de Doppler de la paroi artérielle et des filets sympathiques qui autour des artères pancréatico-duodénales supérieure et inférieure et splénique auraient pu échapper à la dilacération.

La technique opératoire chez l'homme a été ultérieurement précisée par Jeanneney et Foucault (17), puis par Bréhant (18) ainsi que les soins post-opératoires.

Ces travaux comportent encore une part de prévision et même d'*anticipation*. Néanmoins ce qu'a établi la physiologie permet d'espérer, sans optimisme exagéré, que la restauration d'une fonction sécrétoire par « réanimation » et prolifération des éléments sécrétoires histologiquement constatée chez l'animal peut être raisonnablement escomptée chez l'homme.

La méthode de suppléance avec ses insuffisances ferait place désormais à une méthode à la fois plus physiologique et plus efficace.

R. Levent.

NOTE

Nous devons l'idée de cette actualité à notre excellent confrère le Dr Le Goff, qui a bien voulu nous donner la traduction de 2 des observations de Gilbert et Dunlop (*British Med. Journal*, 30 août 1947, p. 330), citées plus haut.

« Le premier cas concernait un homme âgé de 60 ans, gardien, opéré pour ulcus gastrique. Après son opération et une heure après chaque repas il fut pris de faiblesse, sudations, étourdissements, vertiges. Deux fois il y eut perte de connaissance. Impossibilité de reprendre le travail. »

Le deuxième cas concerne un homme de 24 ans. Après résection d'ulcère duodénal, il eut des crises d'hypoglycémie se produisant une demi-heure, ou une heure après le repas. Ces crises étaient plus prononcées après le thé de l'après-midi comprenant thé, sucre, brioche, gâteaux. Sueurs abondantes, suffocations, tachycardie.

Gilbert et Dunlop ont observé que les restes de l'estomac gastrectomisé se vident très rapidement, surtout après un repas riche en matières hydrocarbonées. Les aliments absorbés rapidement par le jéjunum provoquent un excès de sucre dans le courant sanguin pouvant amener de la glycosurie.

On rappelle que chez le sujet normal l'estomac met trois heures à se vider, on remarquera aussi qu'une injection rapide intraveineuse ne produit pas de glycosurie.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

1. Mériel, *Gazette des hôpitaux*, n° 9, 1er mai 1946, p. 185.
2. Sendrail, *L'hyperinsulinie*, un vol. gr. in-8, 255 p., Paris, Masson, 1947.
3. Sendrail, Lassalle et P. Bertrand. *Académie de chirurgie*, 1er juillet 1936.
4. J.-A. Gilbert et D.-M. Dunlop, *Bristish Med. Journal*, 30 août 1947, p. 330.
5. R.-D. Lawrence. *British Med. Journ.* 1936. I. p. 526.
6. O. K. Evensen *Acta Med. Scandinavica*. 1942. Suppl. 126.
7. Ch. Debray. Réunion du diabète. Vals-les-Bains, sept. 1947 ; cf. *Gaz. Hôp.*, n° 39, 27 sept. 1947, p. 559.
8. Pierre Marie et J.-M. Le Goff. *Soc. Méd. hôp. de Paris*, 30 avril 1897.
9. Davide Giordano. *Minerva Medica*, 17 novembre 1933. Donati. *Lyon chirurgical*, t. XXXI, n° 2, mars 1934.
10. Ciminata. *Klin. Woch.* 1932, p. 150.
11. Ciceri et Gabrielli. *Arc. ital. di Cir.*, 1934, p. 121.
12. Servelle. *Th. Paris* 1937. Maloine, éd.
13. Von Takats. *Annals of Surg.*, 1er juillet 1935, T. CII, p. 45.
14. Bréhant. *Th. Paris* 1937 et *Pratique Méd. chir.* 1939. 2e suppl.
15. Sendrail, Cahuzac et Courty. *Soc. Biol.*, fév. 1942, p. 63.
16. Sendrail et Cahuzac. *Soc. Biol.* 1937, t. 204, pp. 1088 et 1146.
17. Jeanneney et Foucault. *Tactique opératoire des glandes endocrines*, Paris, Doin, 1938.
18. Bréhant. *Journ. chirurgie*, février 1939, p. 195.

Notons que le livre de Sendrail, sur l'hyperinsulinie, renferme une bibliographie extrêmement complète.

XI[e] Congrès international de médecine et de pharmacie militaires

Bâle (Suisse, juin 1947)

Le premier Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, depuis la guerre, vient de se tenir à Bâle, continuant la tradition que le médecin général Voncken, de l'armée belge, a établie depuis 1933. Le dernier Congrès eut lieu, on s'en souvient, à Monaco.

Le Congrès de Bâle a été présidé par le colonel brigadier Meuli, de l'armée helvétique.

Après les réunions de travail, de nombreuses visites aux hôpitaux et aux grands laboratoires de Bâle, des exercices de nuit, des excursions en montagne ont retenu l'attention des congressistes.

La mémoire de Henri Dunant, le créateur de la Croix-Rouge, a été enfin honorée au cours d'une cérémonie commémorative.

Voici les conclusions des principaux rapports présentés :

Les méthodes de réanimation des blessés

(Pays rapporteurs : France, Grande-Bretagne, Yougoslavie)

Conclusions. — Le réanimateur est un spécialiste qui travaille en collaboration étroite avec le chirurgien, chef de service. Le meilleur déchoquage est celui qui est pratiqué le plus près possible d'une équipe chirurgicale. Il faut éviter de le répéter, mais au contraire poursuivre sans interruption les traitements du choc une fois commencés. Le traitement du choc prime en général celui de la blessure. Le traitement de l'infection par les antibiotiques permet de retarder l'intervention.

Pour prévenir le choc, il faut lutter contre la douleur (morphine, immobilisation efficace des fractures), ne pas surchauffer les malades (un réchauffement modéré suffit), faire attention au garrot maintenu trop longtemps.

Comme méthodes de traitement, il faut combattre l'anoxie par suroxygénation massive (8-10 litres par minute). Combattre l'atonie vasculaire (l'hémostase possible doit précéder toute perfusion) ; réparer la perte de liquide. On est, en général, conduit à alterner ou combiner sang et plasma ; lorsque l'hémorragie dépasse un litre et demi, il faut ajouter du sang au plasma.

La transfusion doit être rapide au début, un demi-litre en quelques minutes, à continuer tant que la tension artérielle est inférieure à 10 cm. Hg. La quantité de sang à prévoir est en moyenne de quatre litres par dix blessés de toutes catégories. Les blessés du thorax, les soufflés et les minés ne doivent pas recevoir trop de liquide. Employer chez eux des protéines concentrées.

Procédés modernes de prophylaxie des maladies épidémiques aux armées

(Pays rapporteurs : Etats-Unis, Grande-Bretagne, Suisse)

Conclusions. — Des médecins militaires spécialement choisis et ayant eu une formation particulière doivent servir de conseillers techniques au commandant de troupe qui est responsable de la santé et du bien-être des soldats. Il leur incombe de préparer le programme de prévention et de recommander son application.

Tout officier et tout soldat doit avoir connaissance des dangers auxquels est exposée l'armée en tant que collectivité, des mesures prophylactiques possibles et de leur efficacité.

Parmi les mesures prophylactiques spéciales, les résultats les plus importants de l'immunisation active ont été obtenus pour la variole, la peste, les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, le tétanos, la diphtérie, le typhus exanthématique et la fièvre jaune.

Les résultats obtenus dans l'immunisation active contre la grippe sont très prometteurs. Cependant les mesures non spécifiques, telles que : éviter le surpeuplement, bonne ventilation, désinfection de l'air (Triéthylène glycol), une bonne hygiène générale et personnelle ne doivent pas être négligées, car elles sont en même temps efficaces contre les maladies infectieuses des voies respiratoires.

La sulfaguanidine s'est révélée comme un moyen très important de lutte contre la dysenterie bacillaire. Les sulfamidés sont très efficaces dans la lutte contre la méningite cérébro-spinale épidémique. La plupart des maladies transmises par insectes peuvent être combattues par un emploi du D. D. T. La lutte contre la malaria demande une organisation spéciale. Les antipaludiques de synthèse ont fait la preuve de leur efficacité dans la lutte antipaludéenne.

Moyens modernes d'évacuation des blessés et malades

(Pays rapporteurs : Canada, Pologne)

Conclusions. — Le problème de l'évacuation des blessés et malades demande une grande faculté d'adaptation aux conditions spéciales de combat, de la rapidité et beaucoup de précautions dans le transport, de façon à éviter d'aggraver l'état du blessé ou du malade.

Parmi les moyens d'évacuation, à côté des jeeps, voitures amphibies, auto-chenilles blindées, les transports par avion économisent le temps, influencent le moral des troupes et permettent le contact avec les troupes isolées. Ils dépendent aussi beaucoup des conditions météorologiques.

Des contre-indications existent toutefois : choc, moribonds, hémorragie aiguë récente, blessures abdominales graves, sclérose coronaire, otite de l'oreille moyenne non percée, toutes les maladies internes qui ne supportent pas une altitude supérieure à 2.000 mètres. Contre-indications partielles : blessures du thorax, en particulier avec pneumothorax, blessures du crâne (avec perte de conscience), tétanos.

La participation du médecin militaire dans la formation morale et physique du soldat

(Pays rapporteurs : Belgique, France, Suisse)

Conclusions. — La médecine militaire ne peut pas être séparée des autres disciplines médicales, plus particulièrement, elle fait partie intégrante de la médecine sociale ; il est nécessaire que le médecin militaire fasse avant tout de la médecine préventive, qu'il collabore à l'élaboration du programme d'éducation et qu'il intervienne dans la formation morale du soldat.

La deuxième guerre mondiale a montré l'importance de l'entraînement physique du soldat et il est indispensable que le médecin militaire contrôle de près l'éducation physique et les sports, et s'y intéresse scientifiquement.

La collaboration du médecin militaire est indispensable lors de l'incorporation du soldat dans les différentes armes, ainsi que pour le choix des officiers. Par ses connaissances en thérapeutique, en hygiène, en médecine légale et en sociologie, ainsi que par son état de soldat, le médecin militaire est prédestiné à jouer un rôle primordial et à obtenir des résultats importants au point de vue de l'éducation de la troupe.

Comme la force morale, malgré tout le progrès technique, reste l'arme décisive, il est très important que le médecin militaire reçoive une formation psychiatrique adéquate. La guerre n'augmente pas le nombre des psychoses proprement dites ; elle révèle, par contre, chez les sujets prédisposés, des épidémies de névrose que le médecin militaire doit connaître pour les prévenir par l'hygiène mentale et une connaissance approfondie de la psychologie du soldat.

Etude comparée des méthodes et appareils de détermination de la concentration des ions hydrogènes en vue de leur emploi dans les laboratoires pharmaceutiques des armées

(Pays rapporteurs : Brésil, France, Suisse)

Conclusions. — 1. Les appareils à électrode de verre sont les seuls appareils modernes permettant la détermination exacte (plus ou moins 0,5 unité pH) et rapide (quelques minutes) de la concentration en ions hydrogène dans les milieux très peu tamponnés, troubles, colorés, visqueux et même pâteux.

De plus, l'électrode de verre est insensible aux « poisons

d'électrode » qui interdisent parfois l'usage des électrodes métalliques ou des électrodes à l'hydrogène.

2. Parmi les appareils à électrode de verre utilisables de préférence, on a recommandé ceux de Hartmann et Braun, de Leed, Colleman, Lautenschläger, Bekman, « Cambridge », Macbeth et Leitz, M. E. C. I., Jouan. Une électrode de verre spéciale (Beckman) permet d'opérer même dans un milieu de pH supérieur à 12.

3. L'électrode de verre est utilisable soit sur piles (à éviter dans les pays humides et chauds), soit sur courant alternatif (110 à 220 volts).

4. Dans les formations mobiles, ou à travail très spécialisé, la colorimétrie est seule possible. Pour des raisons de commodité on ne retiendra que les appareils à disques de verre colorés dans la masse. La précision est encore de plus ou moins 0,1 dans les cas où il n'y a pas d'empêchements. Les formulaires devraient mentionner les cas où la colorimétrie est applicable et préciser la nature du colorant à utiliser et la précision obtenue.

Prochain Congrès

Le XII° Congrès aura lieu au Caire, en 1949.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour : I. *Nouveaux problèmes médico-sociaux dans l'Armée.* — Pays rapporteurs : Egypte, Pays-Bas.

II. *Pathologie et traitement des lésions causées par la bombe atomique. Organisation sanitaire d'une région après bombardement par engins modernes de destruction massive.* — Pays rapporteurs : Espagne, Etats-Unis.

III. *Les psychoses de guerre.* — Pays rapporteurs : Egypte, France.

IV. *Les blessures maxillo-faciales. Soins d'urgence et évacuation.* — Pays rapporteurs : Brésil, Pologne.

V. *Etude biochimique de la ration minima du soldat en campagne. Sa fabrication. Son conditionnement. Sa conservation.* — Pays rapporteurs : Turquie, Chine.

VI. *Services sanitaires aéro-portés pour les forces en campagne :*

a) Services sanitaires pour troupes parachutées et troupes aéroportées ; *b*) Evacuation par voie aérienne des malades et des blessés ; *c*) Sauvetage aérien en mer ; *d*) Transport de troupes sanitaires et approvisionnement par voie aérienne ; *e*) Réapprovisionnement d'unités isolées au moyen de parachutes et de planeurs et transports d'hôpitaux de campagne par voie aérienne. — Pays rapporteurs : Etats-Unis, Grande-Bretagne.

VII. *Etude sur le vieillissement des médicaments pendant le stockage.* — Pays rapporteurs : Argentine, Canada.

***

A la suite du XI° Congrès, s'est tenue la 10° *session de l'Office International de Documentation de Médecine militaire*, au cours de laquelle a été discutée la question de la non-captivité du médecin en temps de guerre.

A ce propos, un vœu important a été émis, dont nous donnons ci-dessous le texte.

Premier vœu : L'Office Internationnal de Documentation de Médecine militaire exprime le vœu :

« Que le principe de la non-captivité du médecin doit être inscrit comme élément de base des conventions de protection pour les blessés et prisonniers. »

Un second vœu, tendant à coordonner tous les efforts entrepris actuellement pour l'étude des conventions humanitaires a également été voté. En voici le texte :

Deuxième vœu : La 10° session de l'Office International de Documentation de Médecine militaire exprime le vœu :

« Qu'une coordination plus grande soit établie dans la collaboration entre les trois grands organismes des questions humanitaires et internationales, à savoir l'Organisation Mondiale de la Santé, le Comité International de la Croix-Rouge et le Comité International de Médecine et de Pharmacie militaires, notamment en faisant participer les représentants des deux autres aux réunions spéciales que l'une de ces institutions organise ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE 1947

Action accélératoire exercée dans certaines conditions par la pénicilline sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye. — MM. Ch. RIVIÈRE, THILY et GAUTRON. (Note présentée par M. Javillier).

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

SÉANCE DU 4 JUILLET 1947

Bactériophagie et chirurgie. — M. F. D'HÉRELLE fait un exposé complet de ses recherches sur le phénomène de bactériophagie et sur ses applications thérapeutiques.

Il expose les conditions essentielles de l'utilisation thérapeutique des bactériophages.

Il insiste, en particulier, sur leur emploi dans les plaies de guerre et rapporte les résultats obtenus par les chirurgiens de l'armée soviétique.

Les insuccès de la pénicilline. Leurs rapports avec les antiphages du sérum sanguin et de l'hyperglycémie. — M. André RAIGA a eu l'occasion de voir 74 malades ayant reçu des injections de pénicilline et n'ayant pas retiré, de cette médication, la guérison qu'ils en attendaient. Il expose, dans un travail d'ensemble, les raisons biologiques qui sont responsables de ces échecs.

L'auteur rappelle, d'une part, que l'infection constitue un problème à deux facteurs : la bactérie et le terrain et, d'autre part, que le processus de la guérison naturelle a été découvert, il y a trente ans, par le professeur F. d'Hérelle, qui lui a donné le nom de phénomène de bactériophagie. Or, le terrain peut être rendu défavorable à la production de ce phénomène par la présence de propriétés antiphages du sérum sanguin qui viennent s'opposer, aussi bien à la guérison naturelle, qu'à la guérison thérapeutique, aussi longtemps que l'autohémothérapie n'en a pas assuré la disparition.

M. A. Raiga démontre l'existence de ces propriétés inhibitrices en projetant des photographies inédites de préparations bactériologiques réalisées par le Dr Nicolas Boulgakov, chef de laboratoire du professeur d'Hérelle, au moyen de différents échantillons de sérum sanguin prélevés par l'auteur sur ses malades. Ces préparations mettent en évidence la présence ou l'absence de cultures de bactériophages sur des cultures de staphylocoque doré et blanc, suivant l'activité inhibitrice plus ou moins grande des différents sérums sanguins.

La pénicilline, apppartenant aux médications bactériostatiques, ne peut être suivie de succès que si le phénomène de la guérison naturelle vient lui apporter son concours pour détruire la bactérie dont le développement seul a été arrêté par le médicament, donc si le phénomène de guérison naturelle n'est pas inhibé par les propriétés antiphages. En effet, sur les 67 échecs que l'auteur a observés, 65 fois la présence de propriétés antiphages a été constatée. Pour démontrer le rôle de ces propriétés antiphages dans les échecs de la pénicilline, l'auteur apporte trois groupes d'observations constituant autant d'épreuves expérimentales : la première épreuve groupe les malades qui ont résisté à la pénicilline et dont le sérum sanguin était porteur de propriétés antiphages, mais dont la guérison secondaire a été obtenue après la disparition des propriétés antiphages ; la deuxiàme épreuve est constituée par la coïncidence du succès de la pénicilline avec l'absence de propriétés antiphages ; la troisième épreuve est représentée par les observations dans lesquelles la guérison a été obtenue par une action combinée de la pénicilline et de la disparition des antiphages par l'autohémothérapie. La projection de courbes de température illustre cette étude thérapeutique et biologique.

M. André RAIGA attire l'attention sur la destruction du streptocoque hémolytique par le bactériophage, lyse qui est, depuis

de longues années, obtenue couramment *in vitro* et *in vivo* aussi facilement que celles des autres bactéries pyogènes. La méconnaissance ou l'oubli des possibilités fournies par la phagothérapie en ce domaine ont conduit les thérapeutes à donner successivement une confiance égale, bien qu'éphémère, aux vaccins, puis aux sérums, puis aux sulfamides et enfin, à la pénicilline.

L'auteur rappelle les conditions indispensables à la production du phénomène de d'Hérelle et insiste sur le rôle inhibiteur que peuvent jouer les propriétés antiphages dans l'évolution et le traitement des infections.

Il rapporte 3 observations d'infection à streptocoque. La première concerne une infection locale, un adénophlegmon sous-mental, guéri sans l'aide d'aucune intervention chirurgicale et dont l'évolution thérapeutique a été le reflet des particularités de la lyse *in vitro* de la bactérie causale. Par les deux autres observations, l'auteur montre comment une septicémie peut guérir, non seulement par la stérilisation de la porte d'entrée, mais encore par suite de l'intervention du phénomène général de bactériophagie spontanée et provoquée. A ce propos, il aborde la question terminologique qui complique singulièrement le diagnostic des septicémies par la multiplicité et la variabilité des appellations, suivant la terminaison heureuse ou malheureuse de ces infections, et il montre l'intérêt qu'il y a à ne pas confondre le diagnostic et le pronostic.

La méthode de Phillips et Van Slyke dans la pratique chirurgicale. — MM. Fernand Masmonteil, Jean Leuret et Pierre Cartier attirent l'attention sur cette méthode dont les avantages sont :

1° La faible quantité de sang nécessaire pour l'examen (quelques gouttes) ;

2° La rapidité de la mesure qui peut se faire en moins de 5 minutes ;

3° La simplicité d'exécution. Elle nous donne la teneur en protéines du plasma, la teneur en hémoglobine, le volume globulaire ou hématocrite.

D'après les résultats obtenus, l'injection de sérum, l'injection de plasma et la transfusion sont administrées d'une manière intensive en toute sécurité et précision, sans qu'on puisse redouter les accidents d'œdème cérébral, d'hémoconcentration ou autres.

ANALYSES

Sur la stérilisation des mains. — Dr vét. Roeland. *Société de pathologie comparée*, 11 février 1947.

L'auteur a essayé de déterminer dans quelle mesure la peau des mains pouvait être stérilisée, à l'égard du coli-bacille par l'action d'antiseptiques d'usage courant. Il est arrivé aux conclusions provisoires suivantes :

1° La stérilisation des mains n'est nullement assurée par l'action, pendant une minute, de formol à 5 p. 1.000, à 10 p. 1.000 et même à 50 p. 1.000 ;

2° Le simple savonnage semble avoir le même degré d'efficacité, c'est-à-dire zéro ;

3° L'eau de Javel assure une désinfection très poussée ;

4° Il y a lieu de tenir compte de ces observations dans les industries de l'alimentation, toutes les fois que la main humaine peut être en contact direct ou indirect avec certaines denrées de consommation (notamment le beurre et le lait).

L.

Vitamine D et fractures. — Chigot, *Société de pathologie comparée*, 11 février 1947.

L'association thérapeutique Vitamine D-Calcium est actuellement employée *larga manu*, au cours des fractures et de leurs complications. A l'occasion d'une observation où l'on vit la consolidation attendue depuis longtemps se faire quand on cessa ce traitement, on peut se demander si dans certains cas ce traitement n'est pas nuisible.

Des travaux récents à l'étranger montrent qu'expérimentalement les effets de la calcithérapie associée à la Vit. D ne se traduisent pas toujours par une fixation calcique locale. Les doses et le moment d'application ont leur grande importance. Dans l'ignorance où nous sommes de ces éléments chez l'homme il faudrait, peut-être, cesser de faire de la calcivitaminothérapie une médication de routine.

L.

Sur la secrétion possible d'antibiotiques par certains insectes. — P. Lemay, *Société de pathologie comparée*, 11 février 1947.

L'auteur fait connaître qu'il a constaté le ralentissement ou l'arrêt de la germination des graines et des tubercules par les bactériostatiques. Pour de faibles doses la germination est seulement différée et s'effectue si on supprime l'antibiotique. C'est une action comparable à celle de faibles doses de sulfamides ou de pénicilline sur les microbes.

Il fait remarquer que, bien que placés dans des conditions très favorables, le miel ne cultive pas dans la ruche, les graines ne germent pas dans les fourmilières, les proies conservées pour les larves restent intactes pendant de longues périodes. Et il conclut à la secrétion possible d'antibiotiques par les insectes.

L.

Le diabète par traumatisme du tronc. — MM. P. Louyot, Girault, S. Hadot et Arnoux (Nancy). *Presse méd.*, n° 54, 20 sept. 1947, p. 610.

Le diabète traumatique est difficilement admis. Marcel Labbé et son école se sont élevés contre cette hypothèse. Il est en effet très rare, mais il existe. Généralement grave, il entraîne la mort dans les deux tiers des cas, avec lésion pancréatique. Guérissant de façon exceptionnelle, il laisse, en cas de survie, une intolérance aux hydrates de carbone à un taux déterminé ; la stabilisation à ce taux demande plusieurs mois.

Le traitement comporte presque toujours l'usage de l'insuline, mais aussitôt après l'accident, le traitement du « choc » s'impose, en raison de l'atteinte du système nerveux. Dans le cas rapporté par les auteurs ils ont associé à l'Insuline un traitement prolongé à la vitamine B_1 et une cure d'ondes courtes transpancréatiques avec quelque bénéfice.

Le diabète traumatique donne droit à une indemnité largement rémunérée en raison de ses conséquences importantes, sociales et thérapeutiques.

L.

Lésions de la partie inférieure de la moelle après l'anesthésie spinale. — M. Evert Schildt, *Acta chirurgica scandinavica*, vol. XCV, fasc. I-II, 20 janvier 1947, pp. 101-131, 6 fig.

Sur la fréquence des complications, spécialement celles de longue durée après l'anesthésie spinale. — N. O. Ericsson, *idem.* pp. 167-191.

Dans le premier article, Schildt après une revue des produits employés en Suède, expose les résultats que l'expérimentation a montré chez l'animal. Avec des produits variés (tropacocaïne, novocaïne, stovaïne, alyphine) on peut voir survenir des lésions passagères et parfois durables de la moelle et des méninges, avec symptômes nerveux. Les racines et ganglions sont indemnes. Des lésions et symptômes identiques peuvent se produire chez l'homme après injection de tropacocaïne, novocaïne, pentocaïne, tutocaïne, stovaïne, percaïne.

L'auteur a fait une enquête en Suède qui lui a montré que plus de 23.000 anesthésies spinales, étaient pratiquées chaque année. Pour les trois années 1943, 44, 45, il relève 6 observations, qu'il donne en détail, de paralysies graves, soit environ 1 cas sur 10.000. Pour l'auteur, les lésions doivent être attribuées à une action chimique, toxique, de l'anesthésique sur la moelle. Le plus souvent l'apparition des symptômes est immédiate, pendant l'injection. Dans ce cas il conseille d'arrêter immédiatement celle-ci.

Dans une minorité de cas la paralysie ne s'installe que plusieurs jours, semaines ou mois après l'injection. Ces troubles sont soit des phénomènes d'irritation : paresthésies, douleurs, crampes ; soit des déficits : anesthésies, paralysies, troubles de la miction et défécation ; on peut aussi observer des troubles sexuels et des troubles circulatoires et trophiques (escarres sucrées). Le pronostic est grave. Dans la plupart des cas la lésion n'est que partiellement



réversible et il persiste une certaine impotence. Quelques rares cas se sont terminés par la mort, presque toujours par infection des voies urinaires.

Le traitement reste symptomatique. L'auteur conclut que les avantages de la rachianesthésie sont si grands que la méthode doit être conservée. Le faible risque de dommages sévères incite cependant à rendre plus rigoureux ses indications. Dans le second article, Ericsson étudie toutes les complications de la rachianesthésie en s'appuyant sur la littérature abondante sur ce sujet et sur une statistique de 784 cas pratiqués au Maria Hospital pendant 3 ans (1939-42). Les produits employés étaient la percaïne à 1/1500e et novocaïne à 5 %. Il y a eu un décès par hématomyélie et la rachianesthésie semble bien avoir été le facteur déclenchant.

On a observé des paresthésies dans 0,9 % des cas. Dans 0,3 % elles ont persisté pendant assez longtemps, au plus 6 mois. Chez 1,7 % des opérés, on a observé de la parésie vésicale de durée maxima de 10 jours.

Contrairement à Schildt, l'auteur ne pense pas que ces troubles soient dus à l'action toxique du produit injecté. Car il a observé, plus souvent que les troubles dans le territoire anesthésié, des troubles à distance : diplopie de courte durée dans 3,3 %, symptômes nerveux des membres supérieurs sur 2,5 % des malades, avec persistance de plus d'une année dans 0,9 % des cas. L'auteur les attribue à de la compression.

Les céphalées passagères se sont produites dans 10,13 % des cas, et dans 5,9 % se sont prolongées au-delà d'une semaine, et parfois plus d'une année (0,3 %). Leur cause réside dans le déséquilibre entre la pression artérielle et celle du liquide céphalo-rachidien.

Les douleurs fréquentes du dos (3 %) sont vraisemblablement dues à la position sur la table opératoire. L'auteur, comparant les troubles observés après la percaïne (69 % aucun trouble, 21 % troubles légers, 10 % séquelles plus graves) à ceux occasionnés par la novocaïne (80, 15 et 5 %), ne trouve pas une grande différence entre les deux, la percaïne étant employée dans les opérations plus importantes.

L'auteur conclut que la rachianesthésie est un très bon procédé d'anesthésie, qui a cependant quelques rares contre-indications : certains états de shock et certaines affections du système nerveux. Elle l'emporte sur la narcose générale dans les opérations abdominales importantes et celles sur les membres inférieurs. Les troubles tardifs qui peuvent lui succéder ne sont pas suffisants pour être un motif de restreindre son emploi.

M. L.

Les lésions initiales de l'ostéomyélite aiguë par Jacques Leveuf. *Revue d'orthopédie et chirurgie de l'appareil moteur*, t. 33, nos 3-4, avril-juin 1947, pp. 177-216, 18 fig.

Dans ce très important mémoire basé sur l'étude des malades, de leurs radiographies en série et de pièces de résection au Laboratoire des recherches sur l'os et la croissance de l'Hôpital des Enfants-Malades, l'auteur montre que, contrairement à l'ancienne théorie de Lannelongue, le siège initial de l'infection n'est pas dans la moelle osseuse.

L'ostéomyélite prend son point de départ au niveau d'une lésion de l'artère nourricière de l'os ou de ses deux branches de bifurcation, ce qui explique que l'infection puisse être totale ou limitée à une moitié de l'os. L'immense majorité des ostéomyélites observées sont des formes diaphysaires pures ou plus souvent diaphyso-susmétaphysaires. Les formes métaphysaires pures sont rares et sont en général bénignes et parfois ne parvenant pas à la suppuration.

L'anatomie pathologique comme l'évolution ultérieure montre qu'en fait les lésions ont leur maximum dans la diaphyse au niveau de la pénétration de l'artère nourricière dans l'os. Mais en ce point la corticale est très épaisse et les lésions mettent plus longtemps à s'extérioriser. C'est là que se produisent éventuellement les séquestres corticaux. C'est là que débute à bas bruit la suppuration. L'ouverture de l'abcès cortical à l'extérieur de l'os, suivie de la formation d'un volumineux abcès sous-périosté d'abord, puis étendu aux parties molles, est le point de départ des premiers signes cliniques (fièvre, douleurs, etc.).

Les ostéomyélites centrales, (formes très rares mais indiscutables, où la suppuration occupe une grande partie du canal médullaire, évoluent longtemps sans signes cliniques précis.

De même chez certains sujets la suppuration, partie de la région de l'artère nourricière, s'étend en éventail vers la zone métaphysaire de l'os, et même la métaphyse. Cependant, dit l'auteur, les faits m'ont convaincu qu'il s'agit là de lésions secondaires.

La formation des séquestres est un phénomène tardif. Ils se produisent au niveau du siège initial de l'infection, à la partie moyenne de la diaphyse. Les examens histologiques établissent que la moelle est généralement intacte à ce niveau. La thrombose de l'artère nourricière ne suffit pas à déterminer la séquestration de l'os. Un segment de diaphyse se nécrose quand il est privé de toute circulation sanguine en milieu infecté, par un vaste décollement du périoste et une suppuration de la corticale.

De ces constatations le professeur Leveuf tire des conclusions pratiques de grande importance :

1° Le fait que l'ostéomyélite ne siège pas au début dans le bulbe de l'os et aussi le fait de l'intégrité si fréquente de la moelle osseuse, condamne définitivement la trépanation d'urgence telle qu'elle était appliquée depuis Lannelongue.

2° L'opposition qui existe dans beaucoup d'ostéomyélites aiguës entre l'importance de l'abcès sous-périosté et le peu d'étendue des lésions osseuses primitives paraît être un argument contre l'emploi des résections diaphysaires primitives, faites d'emblée par un opérateur qui établit, à tort, une relation entre l'étendue de la suppuration des parties molles et la gravité des lésions osseuses.

3° L'injection de pénicilline paraît devoir être faite plus encore dans le foyer de suppuration proprement dit que dans la circulation générale (y compris les injections intra-artérielles), puisque l'artère nourricière de l'os est thrombosée et que le sang ne parvient plus à l'os que par la voie musculo-périostée. Or, dans les zones les plus atteintes par la suppuration le périoste est plus ou moins décollé, c'est-à-dire tout à fait incapable d'apporter le moindre vaisseau au siège des lésions initiales de l'ostéomyélite.

M. L.

THESES DE MEDECINE

24 *juin.* — Mlle Génin. — Correct. chirurgicale du strabisme.
M. Ruaud. — Ictère d'apparence catarrhale.
M. Gudin. — Kystes dermoïdes présacrés.
Mlle Viallard. — Kystes épithéliaux intra-osseux.
M. Hémery. — Splénectomie dans les lésions traumatiques de la rate saine.
M. Ansemant. — Iléite terminale.

25 *juin.* — M. Vincent. — Intoxication par amanite phalloïde.
M. Delaborde. — Traitement de la prostatite par pénicillo-sulfamidothérapie.
Mlle de Laquière. — Aérosols de pénicilline dans les suppurations broncho-pulmonaires.
M. Kanawati. — Enclouage du col du fémur sous appareil vissé.
M. Stefani. — Voie intercostale pour pneumothorax extrapleural.
M. Pinault. — Groupes sanguins et longévité.
Mme Langlois. — Fragilité capillaire des hypertendus.
M. Langlois René. — Etude anatomo-clinique du chloroforme.
M. Lefebvre. — Pénicilline et pleurésies purulentes.
Mme Cornet. — Sténoses rectales traitées par les sulfamides.
M. Malamut. — Ostéopathies de carence.
Mme Claoué. — Mortalité et morbidité des nourrissons à Gentilly.
M. Lefevre. — Surinfections tuberculeuses dans les infections pulmonaires chroniques.
M. Boitelle. — Traitement actuel de la maladie d'Osler.
M. Thierrart. — Altération électrocardiographique au cours de la diphtérie.
M. Sibertin-Blanc. — Syndrome neuro-toxique d'origine auriculaire.
M. Boeswillwald. — Anémie du prématuré débile.
Mme Targowla-Lecour. — Mortalité infantile dans la région parisienne.
M. Desmonts. — Hémoculture chez le nourrisson.
M. Casavielle. — Puberté prématurée.
M. Lemoine. — Oto-mastoïdites.
Mme Lacronique. — Influence de la grossesse au cours des polyarthrites.
M. Gutman. — Connaissance sur l'ostéopétrose essentielle.
M. Dufour — Lésions osseuses au cours de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.
Mme Bernard. — Malformation des ventricules cérébraux.
M. Schreiner. — Ulcère gastro-duodénal.
M. Obré. — Médiastinite syphilitique.
M. Traineau. — Dilatations de l'artère pulmonaire.
Mlle Serfaty. — Valeur du traitement médical dans le mal de Menière.
M. Tardieu. — Hématomes sous-duraux chroniques.
M. Lemaréchal. — Thérapeutique étiologique en médecine mentale.
Mlle Paychere. — Pneumonie récidivante.
Mlle Coq. — Méningites à germes intestinaux.
M. Dechorgnat. — Malformations des voies biliaires avec ictères.
M. Naroury. — Nævus verruqueux hypertonique.
M. Laouabdia. — Emplantations sous-cutanées d'oestradiol.

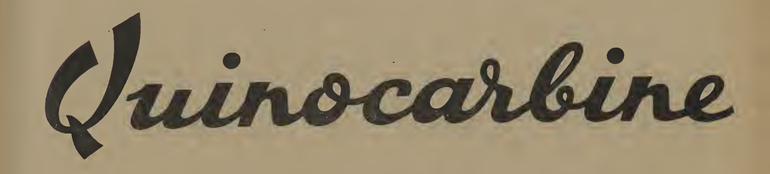
26 *juin.* — M. Dorlée. — Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.
M. Van Peteghem. — Ectopie testiculaire.
M. Letellier. — Amygdale palatine.
M. Deltour. — Correction chirurgicale du prognathisme mandibullaire.
Mlle Leroux. — Stade amphibole dans la dothienentérie.
Mlle Schmitt. — Méningite tuberculeuse.
M. Guéniot. — Elimination urinaire.
M. Taggia. — Service obstétrical de la Maternité Baudelocque.
M. Lagourgue. — Radio-phosphore.
Mlle Raveau. — Un cas de nanisme.
Mlle Cassard. — Complications nerveuses des sulfamides.
M. Sobotha. — Ponction du Douglas.
M. Marchioni. — Paludisme en Corse.
M. Nissen. — Typhus exanthématique.

27 *juin.* — M. Edwards. — Colopathie spasmodique.
M. Lach. — Aérosolthérapie dans l'asthme.
M. Kaplan. — Thoracoplasties.
M. Champenois. — Ulcères peptiques après gastrectomie.
M. Métairie. — Anémie secondaire aux hernies.
M. Marie. — Sténoses duodénales.
M. Jouve. — Syndrome adiposo-génital.
Mlle Piveteau. — Lordose dite statique.

28 *juin.* — M. Maohoussin. — Adénites cervicales tuberculeuses.
M. Bonan. — Températures cutanées de quelques dermatoses.
Mme Basset. — Micro-réactions dans le dépistage de la syphilis.
M. Zimmermann dit Thau. — Perforations utérines avec curettage.
M. Villey. — Modifications récentes apportées à la césarienne basse.
M. Logeay. — Traitement actuel de l'éclampsie.
M. Barou. — Relâchement douloureux des symphyses.
M. Goupil. — Service hospitalier de phtisiologie.
Mme Lagny. — Lois sociales.
M. Tharsis. — Prophylaxie sanitaire aérienne.

THESES VETERINAIRES

8 *mai.* — M. Simonot. — Edmond Nocard — sa vie, son œuvre.
M. Lecerf. — Moyens à utiliser pour rénover notre aviculture fermière.
M. Demetz. — Hygiène des pâturages et prophylaxie des maladies parasitaires.



INFORMATIONS

(Fin)

Société internationale de Chirurgie

Au cours de l'assemblée générale tenue à Londres le 18 septembre dernier, le prochain Congrès a été fixé à **1949**. Il se tiendra à la Nouvelle-Orléans et sera présidé par le professeur Grey Turner, de Londres. Le vice-président est le professeur Paul Mathieu, de Paris.

Quatre questions ont été choisies : chirurgie de l'hypophyse, des parathyroïdes, du pancréas et des surrénales. Deux autres questions seront ultérieurement fixées par le comité scientifique.

MM. Matas, Hartmann, Giordano et Léopold Mayer ont été nommés membres d'honneur. M. le professeur Jean Verhoogen, de Bruxelles, a été réélu président du comité international ; le Dr L. Dejardin a été réélu secrétaire général ; le Dr Paul Lorthioir, trésorier ; le Dr G. Spehl rédacteur en chef du journal international. La langue russe a été admise comme langue slave.

Royal College of Surgeons de Londres. — A l'occasion du XIIe Congrès de la Société internationale de Chirurgie, Sir Alfred Webb Johnson, président du R. C. S. a remis solennellement la toge et le diplôme de membre d'honneur à MM. Victor Veau (de Paris), R. Danis (de Bruxelles) et Léopold Mayer (de Bruxelles).

Académie française

La réception de M. Henri Mondor aura lieu le 30 octobre 1947. M. Mondor, qui succédera à Paul Valéry, sera reçu par M. Georges Duhamel.

XXVIe Congrès Français de Médecine, Paris, les 16, 17 et 18 octobre 1947. — Le XXVIe Congrès Français de Médecine se tiendra à la Faculté de Médecine de Paris les 16, 17 et 18 octobre 1947, sous la présidence du professeur A. Lemierre (secrétaire général : Pr L. Justin-Besançon).

L'horaire du Congrès sera le suivant :

Jeudi 16 octobre, 9 h. 30 : Séance solennelle d'ouverture, sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique. — 10 heures 30 : Présentation des rapports sur la génétique, par MM. Ludo Van Bogaert, R. Turpin, Maurice Lamy et Christiaens. — 14 h. 30 : Discussion des rapports sur la génétique et communications.

Vendredi 17 octobre, 10 heures : Présentation des rapports sur les antihistaminiques, par MM. Bickel, Gaté, Pellerin et Jacques Decourt. — 14 h. 30 : Discussion des rapports sur les antihistaminiques et communications.

Samedi 18 octobre, 10 heures : Présentation des rapports sur les kystes du poumon, par MM. Santy, Dufourt et Gally, Pruvost et Benhamou. — 14 h. 30 : Discussion des rapports sur les kystes du poumon et communications.

Le XXVIIe Congrès d'Hygiène, organisé par la Société de Médecine publique et de Génie sanitaire, tiendra ses séances le lundi 13, mardi 14 et mercredi 15 octobre 1947, à Paris, dans le grand Amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. Sentenac, inspecteur général des Ponts et Chaussées, directeur général des Services techniques de la Préfecture de la Seine, président de la Société pour l'année 1947.

La séance inaugurale aura lieu le lundi 13 octobre, à 10 heures.

La séance de clôture aura lieu le mardi 14 octobre, à 16 h. 30, sous la présidence effective de M. le Ministre de la Santé publique.

Des rapports et des communications seront présentées sur : la Police sanitaire aérienne ; l'Habitat urbain et rural au point de vue de l'hygiène et du confort ; la Destruction des matières usées à la ville et à la campagne.

Secrétariat général : 1, avenue Victoria, Paris (4e).

Avis de vacance

Un poste de médecin-adjoint au Sanatorium du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône) est actuellement vacant.

Les candidatures devront être adressées dans un délai de 3 semaines à compter de la publication du présent avis (18 septembre) au ministère de la Santé publique et de la Population, direction de l'Administration générale du Personnel et du Budget, 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Rectificatif au « Journal Officiel » du 13 août 1947

Doit être considéré comme nul l'avis de vacance concernant un poste de médecin-adjoint au sanatorium de Plougonven (Finistère) publié au « Journal Officiel » du 13 août 1947, page 7917, 3e colonne.

Nécrologie

On annonce la mort à New-York, le 22 septembre dernier, du Dr Pierre Lecomte du Nouy, directeur à l'Ecole des Hautes Etudes. Il était âgé de 64 ans.

LIVRES NOUVEAUX

Le diagnostic du tempérament par la morphologie, par le Dr Louis Corman. Un vol. in-8, de 316 pages, avec 130 portraits de Protopazzi, 700 fr. Amédée Legrand et Cie éditeurs, Paris 1947.

On parle beaucoup du tempérament.

Mais il nous a manqué, jusqu'ici, une doctrine claire, cohérente et obéissante aux faits, et qu'il soit de ce fait possible d'enseigner aux futurs médecins.

Cette doctrine, le Dr Corman nous l'apporte. S'appuyant sur les travaux de Claude Sigaud et de ses élèves, il a créé une « méthode d'analyse morphophysiologique » du tempérament, méthode essentiellement clinique, et que les cliniciens apprécieront.

Cette méthode, dans son principe, est très simple : elle est fondée sur la loi de dilatation-rétraction, basée elle-même sur la considération des deux forces directrices de la vie : l'instinct d'expansion et l'instinct de conservation. Toutefois, l'application de ce principe, elle, est complexe, car elle suit de près la diversité presque infinie des Types humains.

Ce qui est remarquable dans la conception du Dr Corman, c'est que, au milieu de cette diversité, on ne perd jamais pied : les données morpho-physiologiques qui nous conduisent pas à pas à l'analyse de tous les Types de tempérament s'enchaînent et se développent avec une logique rigoureuse.

D'autre part — et c'est un des éléments les plus originaux de l'ouvrage — l'auteur nous donne un guide sûr dans la morphologie. Pas une description qui ne soit appuyée par un portrait, et l'on voit défiler devant soi toute une série de Types que le clinicien a coutume de rencontrer chaque jour.

Par ailleurs, il faut souligner que le Dr Corman — en accord avec sa conception de la vie qui ne sépare jamais le physique et le moral — nous donne ici, côte à côte et s'entrepénétrant, quantité d'aperçus physiologiques et psychologiques intéressants.

Aussi, bien que ce livre soit en principe écrit pour des médecins et des étudiants en médecine, il pourra aussi intéresser tous ceux que rien de ce qui est humain ne laisse étranger.

Conceptions actuelles du diabète et son traitement hydrominéral, par M. le professeur A. Hanns (de Strasbourg). Un vol. in-8° de 194 pages. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, Paris, 1946.


UNE FARINE
véritablement
MALTÉE
La Farine SALVY subit en cours de préparation, et sous le contrôle d'un pharmacien, une action diastasique effective. Les éléments amylacés sont en grande partie transformés en sucres solubles, maltose et dextrines.
Envoi sur simple demande adressée à SALVY, 4, Rue de Lambrechts à COURBEVOIE (Seine) du MÉMENTO D'ALIMENTATION ET DE DIÉTÉTIQUE INFANTILES.
Farine DIASTASÉE
ALIMENTATION DU NOURRISSON
SALVY
Préparée par BANANIA

Dépôt légal. — 1947. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 42. — SAMEDI 18 OCTOBRE 1947 — 120e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76.*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'Internat en Médecine
18 octobre 1947

Epreuves écrites : ANATOMIE

QUESTION SORTIE : 8) Artère vertébrale.

QUESTIONS RESTÉES DANS L'URNE :
1. Anatomie descriptive du testicule et physiologie de sa sécrétion interne.
2. Anatomie et physiologie du canal thoracique.
3. Anatomie du nerf glosso-pharyngien à partir de son origine apparente et sa physiologie.
4. Anatomie du canal déférent, sans histologie ni physiologie.
5. Artère mésentérique inférieure.
6. Muscles ptérygoïdiens et leurs nerfs, sans phyiologie.
7. Artère honteuse interne chez la femme.
9. Origine et portion ascendante de la crosse de l'aorte.

PATHOLOGIE MÉDICALE
(9 octobre 1947)

QUESTION SORTIE : 6) Zona des nerfs craniens.

QUESTIONS RESTÉES DAN L'URNE :
1. Signes, diagnostic, complications et traitement des sténoses cancéreuses de la bronche souche.
2. Diagnostic et traitement des méningites purulentes aiguës.
3. Diagnostic des paraplégies flasques.
4. Intoxication oxycarbonée.
5. Coma barbiturique.
7. Pneumonie du vieillard.
8. Signes et diagnostic des purpuras.
9. Crises viscérales du tabès.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE
(10 octobre 1947

QUESTION SORTIE :
9. Diagnostic des adénopathies cervicales chroniques chez l'adulte.

QUESTIONS RESTÉES DANS L'URNE :
1. Examen et indications thérapeutiques des pleurésies purulentes aiguës de la grande cavité.
2. Diagnostic, complications et indications thérapeutiques des abcès sous phréniques.
3. Diagnostic des comas consécutifs aux traumatismes craniens.
4. Signes, complications et indications thérapeutiques des fractures fermées de la diaphyse humérale.
5. Plaies du cœur.
6. Choc traumatique.
7. Diagnostic des tumeurs de la fosse iliaque droite.
8. Tumeurs malignes du corps utérin.

Concours
pour la nomination aux places
d'EXTERNES EN MÉDECINE
vacantes le 1er mai 1948
dans les Hôpitaux
et Hospices civils de Paris

L'ouverture du concours aura lieu le jeudi 11 décembre 1947, à 9 h. 1/2, à la salle Wagram. Entrée des candidats par le 5, rue Montenotte (métro : Etoile ou Ternes).

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé (escalier A, 2e étage) tous les jours, les samedis, dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le vendredi 17 octobre jusqu'au vendredi 7 novembre 1947 inclusivement. Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites les candidats porteurs de la carte d'identité et du Bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Concours
pour la nomination à quatre places
CHEF DE LABORATOIRE
DE CHIMIE BIOLOGIQUE
vacantes à Bichat, Broussais
Hôtel-Dieu, Lariboisière

L'ouverture de ce concours aura lieu le vendredi 9 janvier 1948, à 10 heures, à la salle des Commissions du Conseil de Surveillance de l'Administration, 3, avenue Victoria (2e étage).

Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de Santé), du lundi 8 décembre jusqu'au vendredi 19 décembre 1947, inclusivement, de 14 heures à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Conférences d'actualités pratiques

Comme l'an dernier des conférences d'actualités pratiques auront lieu au Grand Amphithéâtre de la Faculté les mardis et vendredis, à 20 h. 30 et à 21 h. 30, à dater du mardi 18 novembre 1947.

Ces conférences, médicales et chirurgicales, sont destinées à traiter dans l'ordre diagnostique et thérapeutique les sujets les plus récents et à fournir aux praticiens les renseignements pratiques concernant ces sujets.

La première conférence sera faite par M. le Doyen Léon BINET sur le sujet suivant : LA MÉDECINE CORRECTRICE et par M. le professeur agrégé FUNCK-BRENTANO sur le sujet suivant : LES AVORTEMENTS.

Le programme complet sera publié ultérieurement.

Faculté de province

Bordeaux. — M. le Dr Léger est titularisé dans ses fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique.

Légion d'honneur. SANTÉ PUBLIQUE

OFFICIER : Dr Théodore Simon, méd. dir. hon. de l'hôp. Henri-Rousselle à Paris.

CHEVALIER : Dr Ey, méd. chef de l'hôp. psychiatrique de Bonneval ; Dr Maurice Fabre, secrét. général de la Société Française de Gynécologie ; Dr Lamand, à Malo-les-Bains ; Dr Perdu, méd. accoucheur des hôp. d'Amiens (J. O., 9 octobre 1947).

Santé publique

Hôpitaux psychiatriques. — M. le Dr Leyritz, médecin chef de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), a été nommé médecin directeur à la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier), en remplacement de M. Leconte, appelé à d'autres fonctions.

Services publics antituberculeux

M. le Dr Ernewein, reçu au concours du 11 décembre 1946, est mis à la disposition de M. le préfet du Bas-Rhin en vue d'assurer un service public antituberculeux.

Centres régionaux de lutte contre le cancer. — Le centre régional de lutte contre le cancer de Lyon est agréé dans les conditions fixées par les articles 1 et 11 (alinéa 2) de l'ordonnance du 1er octobre 1945, en conséquence il est doté de la personnalité civile.

Sanatoriums

Par arrêté, en date du 15 septembre 1947, est acceptée l'offre de démission présentée par M. le Dr Dussert, médecin-directeur du Sanatorium de La Meynardie (Dordogne), à compter du 1er octobre 1947.

Inspection Académique de la Charente-Maritime

Des postes de Médecins examinateurs d'hygiène scolaire conventionnés à temps complet sont actuellement vacants dans le département de la Charente-Maritime, résidence dans les principales villes du nord-est du département.

Adresser toute demande de renseignements au Médecin délégué départemental de l'H. S. U., Inspection académique de La Rochelle.

Joindre, si possible, un « curriculum vitae » et un exposé des titres.

Guerre

Liste par ordre de mérite des candidats admis à l'Ecole du Service de Santé Militaire à la suite des épreuves du concours de 1947.

SECTION DE MÉDECINE. — Catégorie P .C. B. : 1. Corbel ; 2. Jeantet ; 3. Denjean ; 4. Lafaye ; 5. Joseph ; 6. Carnus ; 7. Mayoux ; 8. Girard ; 9. Barrière ; 10. Nicolas.

11. Husson ; 11. Laverdant ; 13. Maillard; 14. Saint-Jean ; 15. Duboureau ; 16. Moulin ; 17. Bernard ; 18. Derout ; 19. Rivet ; 20. Ségalen, Rivot.

21. Despiau ; 22. Quilichini ; 23. Périé ; 24. Taillade ; 25. Aït Idir Ali ; 26. Fontanges ; 27. Fontana ; 28. Lalevée ; 29. Toussaint ; 30. Bertoni.

31. Boudet; 32. Durollet ; 33. Dutou ; 34. Anne ; 35. Daniel ; 36. Bady ; 37. Pirollet ; 38. Championnat ; 39. Ouhioun ; 40. Philippe.

41. Bruyère ; 42. Tikhonoff ; 43. Vachon ; 44. Plurien ; 45. Dupré ; 46. Charlot ; 47. Thiéblemont ; 48. Doury ; 49. Saint-Upéry ; 50. Simon.

51. Plisson ; 52. Jambu ; 53. Ramel ; 54. Bernardini ; 55. Régnier ; 56. Labat ; 57. Batime ; 58. Crocq ; 59. Allain ; 60. Buffler.

61. Cartault ; 62. Rochier ; 63. Jondot ; 64. Delestras ; 64. Girard ; 66. Bouchard ; 67. Bourrel ; 68. Coreau ; 69. Racort ; 70. Pechali.

71. Bonaz ; 71. Remignon ; 73. Cailler ; 73. Darmandieu ; 75. Dietlin ; 76. Boudion ; 77. Plault ; 78. Rolland ; 79. Bremond ; 79. Noël.

81. Alluis ; 82. Caux ; 83. Niquin ; 84. Bonnerot ; 85. Lemerle ; 86. Boucher ; 87. Lafare; 88. Tourrette; 89. Dumas. 90. Lavallée.

91. Rouch ; 92. Bastit ; 93. Alibert ; 94. Carloz ; 95. Quinot ; 96. Ranquet ; 97. Drutel ; 98. Perrignon.

Catégorie 4 inscriptions : 1. Blanchet ; 2. Soutoul ; 3. Trojani ; 4. Capdevielle ; 5. Baudrit ; 6. Auriault ; 7. Guérin ; 8. Souquet : 9. Pierchon ; 10. Sentilhes.

11. Bascands ; 12. Coutant ; 13. Chauveau ; 14. Monteil ; 15. Moal ; 16. Abel ; 16. Pons ; 18. Madelaine ; 19. Artaud ; 20. Lagrave.

21. Ferry ; 22. Vary ; 23. Derrien ; 24. Thévenot ; 25. Schwoertzig ; 26. Merdrignac ; 27. Berling ; 28. Verrier ; 29. Carves; 30. Estraillier.

31. Cointet ; 32. Rouault ; 32. Savelli ; 34. Leclaire ; 35. Bousselet ; 36. Ansel ; 37. Leude ; 37. Pineau ; 39. Cohen-Jonathan ; 40. Dornoy.

41. Thabaut ; 42. Casanovas ; 43. Landry; 44. Cazalas ; 45. Hamoneau ; 46. Palu ; 47. Rosset ; 48. Zwingelstein ; 49. Yvetot ; 50. Ribuot.

51. Cavallo ; 52. Robin ; 53. Solo ; 54. Castel ; 55. Arnould ; 56. Mauze ; 57. Roubinet.

Catégorie 8 inscriptions : 1. Fruit ; 2. Schiokele ; 3. Edouard ; 4. Bailly-Masson.

Catégorie 12 inscriptions : 1. Esquirol.

Seront affectés à la section « médecine troupes coloniales », d'après l'option qu'ils auront établie à leur entrée à l'école et d'après l'ordre de classement ci-dessus :

Cinq élèves de la catégorie P. C. B.

Parmi les élèves de la section « troupes métropolitaines », seront affectés au service de santé de l'armée de l'air, dans les conditions d'option précitées :

Dix élèves de la catégorie P. C. B.

Académie royale de médecine de Belgique

Dans sa séance du 27 septembre l'Académie royale a nommé à l'unanimité membre honoraire, le professeur Léopold Mayer (de Bruxelles), rédacteur en chef de « Bruxelles Médical ».

Nous sommes heureux d'adresser à notre éminent confrère et ami nos bien affectueuses félicitations. Rappelons qu'il y a peu de jours, à l'issue du Congrès International de Chirurgie qu'il présidait à Londres, M. Léopold Mayer a été solennellement reçu Fellow du Royal College of Surgeons, de Londres, en même temps que le professeur Danis (de Bruxelles) et le Dr Victor Veau (de Paris).

Cérémonie de la Flamme sous l'Arc de Triomphe

La Fédération Nationale des Médecins du Front a l'honneur de ranimer la Flamme sous l'Arc de Triomphe le mardi 4 novembre 1947.

Tous les médecins qui pourront se rendre libres sont conviés à assister à cette cérémonie.

Rassemblement à 18 h. 15, sous la voûte de l'Arc de Triomphe (côté avenue de Friedland).

Fédération Nationale des Médecins du Front

Les membres des huit associations fédérées sont priés d'assister :

1° A la Cérémonie du Souvenir, qui aura lieu le 11 novembre 1947, à 14 heures, dans le Grand Hall de la Faculté de Médecine, devant la plaque commémorative où sont inscrits les noms des médecins morts pour la France au cours de la guerre 1914-1918.

2° A l'Assemblée générale ordinaire de la Fédération, qui se tiendra immédiatement après, à 14 h. 30, au Petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

XLVe Congrès Français d'Oto-rhino-Laryngologie

La séance d'ouverture aura lieu le lundi 20 octobre, à 9 h. 30, au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris et non le 21 comme il a été annoncé par erreur.

La Société d'Acupuncture se réunira le samedi 15 novembre, à 18 heures, au Cercle France-Colonies, 106, rue de l'Université, sous la présidence de M. le Dr Flandin, et M. Soulié de Morant.

Les questions à l'ordre du jour sont : rythme des séances d'acupuncture ; présentation de la traduction d'un ouvrage japonais sur l'acupuncture.

Un dîner suivra la réunion. Les confrères désirant y assister sont priés de le faire savoir au Dr Le Corre, 3, rue du Boccador, Paris (8e).

decine générale), médecins chirurgiens ou

Société Française d'Angéiologie et d'Histopathologie

Nous sommes informés de la constitution de la Société d'Angéiologie et d'Histopathologie, dont les statuts ont été régulièrement déposés le 3 juin 1947.

Cette Société groupe les médecins qui s'intéressent aux questions suivantes :

Maladies des vaisseaux, cœur excepté.

Maladies des tissus (tissus cellulaires, musculaires, etc.).

Elle comprend :

1° Des spécialistes (n'exerçant pas la médecine générale), médeins chirurgiens ou hydrologues qui s'occupent de ces affections et qui sont membres titulaires.

2° Des médecins faisant de la médecine générale qui sont compétents (suivant la terminologie de l'Ordre) en ces matières ou qui s'y intéressent. Ils sont membres adhérents. Leurs droits sont identiques à ceux des titulaires, à l'exception du droit de vote.

3° Des membres étrangers correspondants.

Pour les adhésions provisoires et pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat, 4, rue Pasquier, Paris (8e). Tél. : Anjou 34-83.

Le Bureau provisoire : Raymond LOUVEL, président ; Pierre LAMBLING, trésorier ; Louis GERSON, secrétaire général.

Nécrologie. — Le Dr Henri de Rothschild, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Lausanne, à la suite d'une longue maladie, à l'âge de 75 ans.

Le Dr Pierre A. Huet, membre de l'Académie de chirurgie, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, décédé à Paris le 13 octobre, à l'âge de 55 ans.

Le Dr Henri Vésignié, décédé à Gap, à l'âge de 76 ans.

Le Dr F. Achille Delmas, directeur de la Maison de Santé d'Ivry-sur-Seine, médecin des asiles.


INDICATIONS
GLUCALC
GLUCALCIUM
GLUCALCIUM
GLUCALCIUM

L'importance de l'examen du sang pour le diagnostic et le traitement des appendicites chez l'adulte (1)

par le Dr Edouard Antoine

I. Quelques axiomes.

— Chez l'homme adulte, en parfaite santé et en parfait équilibre humoral, la numération globulaire et la formule leucocytaire faite le matin à jeun et par un laboratoire bien entraîné, donnent des renseignements constants, toutes choses égales d'ailleurs.

— La plupart des maladies provoquent des modifications plus ou moins accentuées de cet équilibre sanguin.

— Parmi celles-ci, les *appendicites vraies* amènent des changements notables de la leucocytose sanguine et de la formule leucocytaire. Ces changements sont variables, selon qu'il s'agit d'une appendicite aiguë, d'une appendicite en voie de refroidissement ou d'une appendicite chronique.

— Après l'ablation de l'appendice, s'il n'y a pas de séquelles ou de complications, on assiste en quelques semaines, au retour progressif de l'équilibre sanguin normal.

— De ces examens de sang correctement pratiqués, répétés en série s'il y a lieu, peuvent découler des indications très intéressantes pour le médecin praticien et pour le chirurgien en ce qui concerne le diagnostic, la surveillance et aussi l'opportunité du traitement au cours des appendicites.

II. La formule sanguine standard de l'adulte.

L'examen de laboratoire que j'ai le plus pratiqué et fait pratiquer durant ces trente dernières années d'exercice médical, c'est certainement la numération globulaire avec établissement de la formule leucocytaire.

Sans émettre de paradoxe, on peut affirmer qu'un examen de sang attentif (nombre des globules et formule leucocytaire) devrait être pratiqué chez tous les malades nouveaux que l'on examine, au même titre que l'on prend sa pression artérielle ou que l'on ausculte son cœur (2).

Y a-t-il donc chez l'homme adulte, en bonne santé, à jeun, une constante dans la numération globulaire et la formule leucocytaire ? Je puis vous l'affirmer, me basant sur des milliers d'examens pratiqués :

Globules rouges	4.800.000 à 5.000.000	
Hémoglobine	95 à 100 %	
Globules blancs	6.000 environ	
Eosinophiles	1 %	67 %
Polynucléaires	66 %	
Petits lymphocytes	10 à 12 %	
Grands lymphocytes	16 à 18 %	33 %
Monocytes	3 à 5 %	

En somme, chez l'homme normal on trouve 2/3 de polynucléaires pour 1/3 de mononucléaires ; c'est là une constante comme l'avait déjà noté Agasse Lafont il y a plus de 40 ans !

Il faut donc constamment se rappeler ces trois chiffres normaux chez l'adulte :

6.000 globules blancs, 67 % de polynucléaires et 33 % de mononucléaires.

Toute variation de ces chiffres est digne de remarque, qu'elle se produise au-dessus ou au-dessous du chiffre normal.

III. Les modifications du sang au cours des appendicites chez l'adulte.

Il est évident que ces modifications varient à l'infini suivant les malades et le degré de leur maladie.

1° Le *nombre des leucocytes* peut rester normal mais c'est là un fait exceptionnel. Il est toujours augmenté.

On peut dire que ce taux d'augmentation de la leucocytose mesure assez exactement le degré d'infection de l'appendice.

Répétons-le : 6.000 globules blancs chez l'individu sain, mais 6.800 à 7.000 globules blancs sont déjà une indication, comme le 37°5 du thermomètre.

Il n'est pas rare de constater 7.500 et même 9.000 à 10.000 globules blancs dans les appendicites à allure chronique ou subaiguë. Mais ce taux peut atteindre 12 à 15.000 et plus, si l'on a affaire à une forme aiguë, c'est une notion classique.

2° L'*étude de la formule leucocytaire* présente encore plus d'intérêt : l'équilibre normal, c'est 2/3 de polys et 1/3 de mononucléaires.

Plus l'appendice est infecté et tend à devenir aigu, plus augmente le chiffre des polynucléaires ; 70 % de polys indiquent une tendance ; 74 à 75 % indiquent une infection nette ; 80 % et plus montrent une orientation vers la suppuration.

Au contraire, toute appendicite qui tend à se refroidir s'accompagne d'une régression du chiffre des polynucléaires et d'un retour à la normale des 2/3. Bien plus, au cours des appendicites en voie de refroidissement, vous verrez par des examens en série la polynucléose s'infléchir au-dessous du chiffre de 67 % vers une mononucléose nette.

Ce « mouvement de pendule » montre que la polynucléose, partie, avant la crise, de 67 % pour monter à 80 % par exemple au sommet de la crise, revient ensuite peu à peu à 67 % puis descend à 60 et même plus bas encore dans la période chronique pour revenir enfin à la normale de 67 % quelques semaines après l'appendicectomie.

Enfin dans les *appendicites chroniques*, soit d'emblée, soit à la suite d'une crise, on notera une *mononucléose* prédominante qui peut aller de 34 % à 60 % et plus, réalisant dans ces derniers cas une véritable *inversion de la formule*.

Voici un exemple d'examen du sang classique au cours d'une appendicite chronique d'emblée.

Globules blancs	7.200	
Polynucléaires	54 %	56 %
Eosinophiles	2	
Petits lymphocytes	36	
Monocytes	0,5	44 %
Grands lymphocytes	7,5	

La forte augmentation de la mononucléose porte dans ce cas sur les petits lymphocytes.

3° Dans la grande majorité des cas, leucocytose et mononucléose, ou bien leucocytose et polynucléose vont de pair. Mais il est possible d'observer parfois une leucocytose normale de 6.000 et une polynucléose de 72 % ou bien une mononucléose de 40 %.

Inversement, on peut constater plus rarement une augmentation localisée de 7.500 globules blancs ou plus, avec une formule leucocytaire normale équilibrée (2/3-1/3).

Cette *dissociation leucocytose-formule leucocytaire* à laquelle je ne puis trouver d'explication (à moins qu'elle ne soit une erreur de laboratoire !) je l'ai toujours considérée comme étant une réaction partielle, et par conséquent donnant un résultat positif.

Bien plus, l'expérience m'a montré qu'il ne faut pas considérer comme entièrement refroidie une appendicite en cours qui s'accompagne d'une réaction sanguine semblable :

Globules blancs	7.500
Polynucléaires	67 %
Monocytes	33 %

La persistance de 7.500 G. B. indique qu'il n'y a pas encore retour complet à la normale. L'appendicite n'est plus aiguë, mais elle est encore *tiède*. Il faut donc retarder la date de l'opération encore un peu.

Il en est de même de l'examen du sang suivant :

Globules blancs	6.000
Polynucléaires	71 %
Monocytes	29 %

---

(1) Conférence faite à l'hôpital Saint-Michel, le 17 février 1947, dans le service de M. Delort.

(2) Faut-il dire qu'entre les deux guerres nous avions avec de Martel pu imposer cette manière de voir tant à l'hôpital américain de Neuilly qu'à l'hôpital de la Glacière. Il semble que la détermination de la formule sanguine soit sytématiquement effectuée dans les hôpitaux américains à l'heure actuelle (G. Lavalée).

Cet examen avec les 71 % de polys montre que le refroidissement de l'appendicite est incomplet et qu'il y a lieu de surseoir à l'opération.

Ces formules du sang imposent la patience et la prudence. Des interventions chirurgicales pratiquées malgré ces avertissements nets, ont toujours montré un refroidissement insuffisant, des lésions cæco-appendiculaires en activité et le risque de complications infectieuses provoquées par une intervention à tiède prématurée, une réaction épiploïque, des adhérences ultérieures possibles, etc.

4° Enfin signalons que l'augmentation nette du pourcentage de l'éosinophilie au delà de 2 % peut indiquer une parasitose intestinale, une épiploïte (Enriquez) ou des adhérences péritonéales, etc.

De même l'augmentation du chiffre des grands mononucléaires (N. 16 à 18 %) nous a paru coïncider dans certains cas avec une granulie discrète de la région iléo-cæcale (fausse appendicite).

5° Bien que ces renseignements fournis par l'examen du sang soient fort précieux pour suivre l'évolution des appendicites, il va de soi qu'ils n'ont pas de valeur absolue. Il faut se servir de l'examen du sang comme valeur d'appoint pour étayer et compléter le diagnostic clinique. Il faut savoir lire le résultat du laboratoire, l'interpréter et le rattacher à chaque malade que l'on soigne. Modification de la leucocytose et de la formule sanguine ne veut pas dire à tout coup infection de l'appendice. Mais un malade qui se plaint de la région appendiculaire et qui conserve un sang rigoureusement normal, est certainement atteint d'un syndrome douloureux local ou d'une fausse appendicite.

En revanche, un point douloureux de Mac Burney net et accompagné d'une réaction des globules blancs est certainement le signe d'une appendicite vraie. Ceci montre une fois de plus que laboratoire et clinique doivent aller de pair pour aider le clinicien dans la voie souvent délicate du diagnostic et de la sécurité du traitement.

IV. Quelques applications cliniques de ces données de laboratoire au cours des appendicites aiguës ou subaiguës.

Comment suis-je arrivé à m'intéresser à l'examen du sang en clinique journalière ?

Durant mon internat chez Enriquez à l'hôpital de la Pitié en 1920, j'eus l'idée de faire pratiquer, en série, des milliers d'examens du sang chez tous les malades atteints d'affections digestives. En janvier 1922, j'ai publié avec Gasperin le résultat de ces patientes recherches, dans le n° 1 de la *Gazette des Hôpitaux.*

Vers cette même époque, le hasard me permit de soigner un malade, dont la gravité et l'imprévisibilité des accidents me firent beaucoup réfléchir et me ramenèrent tout naturellement à l'étude du sang et de la formule leucocytaire.

Il s'agit d'un homme de 35 ans environ. Au cours d'un voyage d'affaires à Rouen, il est pris d'une crise douloureuse abdominale avec fièvre et vomissements. Le médecin appelé posa le diagnostic d'appendicite légère, fit le nécessaire, le garda huit jours au lit et le renvoya à Paris pour se faire opérer. Je maintins ce malade en observation 3 semaines, durant lesquelles on pratiqua un examen radiologique qui confirma le point douloureux appendiculaire. Le ventre était souple, il n'y avait plus de fièvre, le malade ne souffrait plus et parcourait Paris du matin au soir pour de multiples affaires. Il me demanda de le faire opérer. En toute conscience, je crus ce malade parfaitement refroidi d'une crise légère appendiculaire et je le confiai à de Martel. Au cours de l'opération, l'appendice nous apparaît très profond, plongeant dans le bassin et adhérent. Avec toute sa prudence habituelle, de Martel arrive à libérer l'appendice ; mais au même moment jaillit un flot de pus épais provenant d'une collection juxtavésicale. Nettoyage, enfouissement, drainage. Le soir même 40° de fièvre et dans les jours qui suivent apparaissent successivement les signes d'une collection sous-phrénique, puis pleurétique droite, le tout terminé par une vomique le matin même où on allait le réopérer. Guérison.

Vous pensez combien cette série d'accidents graves m'avaient ému et devant la faillite totale des signes sujectifs et objectifs, de la courbe du pouls, de la température, des signes physiques abdominaux et de l'examen sous écran radiologique, je pensais alors rétrospectivement que l'examen du sang et de la formule leucocytaire aurait dû pouvoir nous servir de fil d'Ariane, et de fait, depuis ces heures angoissantes passées au chevet de ce malade, j'ai toujours eu recours à l'examen du sang avant de poser le diagnostic définitif et l'indication opératoire d'une appendicite. Et je n'ai jamais eu à le regretter.

Voici encore une observation parmi tant d'autres :

Un de mes malades est pris au réveil d'une douleur brusque dans la fosse iliaque droite avec un petit vomissement. Quand je le vois vers 9 heures du matin, je pose le diagnostic d'appendicite et le fais transporter à la Maison de Santé pour y avoir un examen du sang. Celui-ci montre une leucocytose de 15.000 et une polynucléose de 80 %. Quand je retourne le voir, je trouve ce malade tout à fait bien, sans fièvre, ne souffrant plus, le ventre souple, se disant guéri d'une simple indigestion et voulant rentrer chez lui ausitôt. J'eus toutes les peine du monde à le faire opérer sur-le-champ, malgré l'avis contraire d'un grand médecin ami de la famille. Au cours de l'opération, de Martel fit saillir de la cavité abdominale un énorme appendice noir, et en voie de gangrène. L'examen du sang ici nous avait donné l'appui nécessaire pour imposer l'opération le jour même et éviter une catastrophe.

Pourquoi entend-on parler si souvent encore d'accidents à la suite d'une simple appendicectomie ? C'est que l'on opère trop tard ou trop tôt.

Trop tard ? parce que le malade atteint d'appendicite aiguë doit être opéré le plus vite possible, dès les premières heures de sa crise. Plus on s'en éloigne, plus les risques de complication augmentent.

Trop tôt ? parce qu'un malade qui n'a pas pu être opéré à temps au début de sa crise et qui est soumis à la cure de refroidissement, est souvent opéré avant qu'il ne soit passé de la phase « tiède » à la phase chronique. Malheur au malade impatient (ou à sa famille) ou au chirurgien qui se laisse forcer la main trop tôt !

Combien de temps va durer cette période de refroidissement ? Evidemment, cette durée varie selon l'intensité de la crise et l'état de défense du malade. Les règles qu'ont donné Delbet et d'autres (15 jours après le retour de la température à la normale) ne peuvent être justes dans tous les cas. Seul le retour de la leucocytose au voisinage de 6.000 et le retour de la polynucléose au voisinage de 67 %, peuvent servir de critérium solide pour déterminer la date de l'opération. Et l'on évitera ainsi bien des ennuis : fièvre persistante après l'opération, séquelles douloureuses abdominales, adhérences post-opératoires, phlébite, embolie, abcès du poumon (pareille aventure arriva à un médecin de mes amis qui ne voulait pas y croire !)

V. Valeur de la leucocytose mononucléaire dans les appendicites chroniques.

Dans la pratique journalière, il vous arrivera de voir une ou plusieurs fois par jour, des malades qui se plaignent de leur fosse iliaque droite ou bien qui venant se plaindre de troubles dyspeptiques ou hépatiques, ou d'amaigrissement, présentent au cours d'un examen complet une douleur nette et localisée dans la région appendiculaire.

Avez-vous le droit d'affirmer d'emblée l'appendicite chronique et, comme vous voyez encore le faire, d'imposer l'opération pour le lendemain matin ? Non, en toute conscience.

J'impose trois épreuves à ce malade : examen radiologique pour vérifier l'état du cæcum et du côlon droit, pour préciser sous l'écran le siège de la douleur dans l'angle iléo-cæcal,

Ensuite un examen du sang à jeun,

Enfin un traitement médical d'épreuve de trois semaines au moins, qui sera curatif parfois, sinon préparera à l'opération notre malade.

Si l'examen du sang est normal (leucocytose 6.000, polynucléose 67 %, mononucléose 33 %) l'appendicite était vraiment bien légère et guérit ainsi, ou bien il peut s'agir d'un rein ptosé, d'un cæcum dilaté ou d'un accident mécanique du cæco-côlon droit.

Je renvoie ceux que la question intéresse au livre que j'ai écrit sur les *Fausses appendicites* il y a vingt ans.

Une courte observation vous illustrera facilement ces faits : un homme de 40 ans vient me voir parce que depuis quelque

temps il a des nausées et souffre dans le ventre à droite. Il craint avoir l'appendicite. Je constate en effet une douleur nette au point de Mac Burney et selon mon principe déjà exposé, je lui donne un traitement d'épreuve et le prie de passer au laboratoire et chez le radiologiste. Bien m'en prit... quand je revis mon malade dix jours après, l'appendice n'était plus douloureux, la radio était négative, l'examen du sang rigoureusement normal et... le malade sortit de sa poche un petit calcul urétéral qu'il venait d'éliminer. Il avait tout simplement un calcul arrêté dans l'uretère droit, dans la région sous-appendiculaire et la palpation profonde localisait très bien et à tort, le siège de la douleur. Mon malade était donc guéri d'une appendicite qu'il n'avait pas eue.

Dans les cas où l'examen du sang montre une leucocytose avec mononucléose, cela ne constitue pas une preuve absolue qu'il s'agit d'une appendicite chronique. Un signe positif de laboratoire n'est pas pathognomonique, il demande à être interprété, à être rapproché du faisceau des symptômes observés par le clinicien. Il faut examiner les sinus, les amygdales, les gencives et les organes génito-urinaires. Mais si l'examen du sang accompagne une douleur nette, persistante, localisée à l'écran radioscopique dans la fosse iliaque droite, le clinicien a peu de chance de se tromper en affirmant la réalité de l'appendicite chronique.

L'épreuve du traitement médical viendra ensuite, devant la persistance des symptômes, aider à poser l'indication opératoire.

Je n'ai jamais eu de déboire depuis 25 ans que je pratique cette ligne de conduite.

Evidemment, comme le faisait remarquer avec humour mon ami de Martel, nous « perdons » bien de temps en temps un malade qui, trop impatient ou indocile, va se faire opérer ailleurs...

Mais ceux qui seraient troublés professionnellement par cette indocilité du malade ou de sa famille ou de son médecin traitant, je leur demanderai : « Préféreriez-vous *perdre* votre malade en l'opérant tôt ou à contre-temps ?

Pour vous convaincre en terminant, voici une observation en quelques lignes : une jeune femme charmante ayant eu récemment une petite crise d'appendicite vient demander à de Martel de l'opérer. Ce dernier demande un examen du sang, lequel révèle que l'appendice est encore en période tiède. Avec toute sa gentillesse compréhensive, de Martel essaie de convaincre cette malade pressée (pour raisons extra-médicales) de se soigner quelques semaines encore, à cause du danger qu'il pouvait lui faire courir en l'opérant trop tôt. Huit jours après, nous apprenions la mort de cette malade qui était allée trouver un autre grand chirurgien. Celui-là avait consenti à l'opérer le lendemain matin... sans autre difficulté. Comment préférez-vous « perdre » votre malade ? à la façon de de Martel ou à celle de notre autre grand chirurgien ?

En résumé,

1° Au cours *d'une crise douloureuse* aiguë de la fosse iliaque droite, l'examen du sang normal orientera le diagnostic vers un syndrome mécanique douloureux de la région ou une fausse appendicite ; au contraire, une leucocytose élevée avec polynucléose orienteront vers une affection aiguë de l'appendice ou des annexes droites et inciteront à l'opération rapide.

2° Si l'on est appelé à voir un malade trop tard, en cours de refroidissement, l'examen du sang sera le meilleur guide pour poser le diagnostic et amener, par des examens suivis en série, le malade au refroidissement complet de l'appendice avant l'opération. L'opération à tiède est pleine de risques.

3° Enfin l'examen du sang en montrant une légère leucocytose avec mononucléose permettra de différencier l'appendicite chronique d'un cæcum mobile, d'un rein ptosé, etc. et permettra d'imposer l'opportunité d'une appendicectomie.

Messieurs, j'espère vous avoir convaincu de l'importance de l'examen du sang au cours de l'évolution des appendicites, tant pour vous aider à établir le diagnostic que pour en préciser la date de l'intervention.

J'ai pu vous dire peut-être quelques faits qui vous paraissent actuellement comme des lieux communs ! Mais je vous certifie qu'il y a 25 ans, de Martel et moi avons eu besoin d'employer beaucoup d'adresse, de conviction, d'autorité même pour persuader les médecins qui nous entouraient et les malades qui s'adressaient à nous, qu'on ne peut pas décider la date de l'appendicectomie au gré des convenances professionnelles ou des arrangements mondains.

Un bon examen de sang, correctement pratiqué par un laboratoire sérieux, est le guide le plus sûr que je connaisse.

Congrès
de la
Société Internationale de Chirurgie

(Londres, 20 septembre 1947)

La Société internationale de chirurgie a tenu son premier congrès depuis la fin des hostilités.

Venus de tous les points du monde civilisé malgré les difficultés de l'heure, six cents congressistes se sont réunis à Londres à l'University College du 14 au 20 septembre. Quarante nations étaint représentées. Les Français étaient nombreux et de qualité. Seuls nos collègues russes étaient absents et avaient dû rester derrière le rideau de fer. Les chirurgiens allemands n'avaient pas encore fait suffisamment pénitence pour être admis.

La séance inaugurale eut grande allure sous la présidence de Sir Webb. Jonhson, président du Royal College, assisté de ses collègues, du professeur Verhoogen, de Bruxelles, président du Comité International, du Dr Léopold Mayer et H. Wright, chirurgien réputé, organisateur averti et du Dr Léo Dejardin, secrétaire général, cheville ouvrière de l'organisation mondiale.

Au cours de la première réunion, les prix R. Danis et R. Leriche furent décernés au professeur Phémister (de Chicago) et au Dr Crafoord de Stockholm) pour leurs travaux sur la chirurgie osseuse et la chirurgie vasculaire.

Séances scientifiques d'un grand intérêt où, parmi les communications de langue française, les exposés de R. Leriche, de Danis, de Santos et de Merle d'Aubigné furent justement appréciés et écoutés dans un silence qui n'est pas toujours de règle dans les assises académiques.

Sir Alexandre Fleming fit le point de l'état actuel de la question de la pénicilline. Le Dr Julio Diez (de Buenos-Ayres), en une note très personnelle, exposa ses travaux sur le rôle de la vaso-dilatation dans les lésions artérielles, et Crafoord, le rôle de l'héparine.

Quelques beaux films, ceux de Wilner (d'Oxford) : autoplasties et greffes et de Blalock sur la chirurgie du canal artériel. Notons l'ovation que les congressistes firent au chirurgien de Baltimore.

L'hospitalité de nos collègues de Londres fut conforme aux traditions de la vieille Angleterre.

Le vénéré doyen de la Société, le professeur R. Matas, était venu, en dépit de son âge, apporter à ses collègues le témoignage de son constant dévouement et proposer que le prochain congrès ait lieu en 1949 à la Nouvelle-Orléans. Souhaitons que celui-ci puisse dans deux ans se dérouler sur cette terre riche en souvenirs français, se passer sous le signe de la paix entre les hommes de bonne volonté. (1).

J. de F.

(1) Dans son dernier numéro, la *Gazette* a donné la composition du bureau du congrès de la Nouvelle-Orléans en 1949 : président, M. Gray Turner (Londres) ; vice-président, M. Paul Mathieu (Paris). ainsi que les questions à l'ordre du jour.

Cinquantième congrès de l'Association Française de chirurgie

Le cinquantième Congrès français de Chirurgie s'est ouvert le 6 octobre, dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, sous la présidence de M. Amédée Baumgartner.

Au bureau, aux côtés du président, avaient pris place M. le professeur Hartmann, président de l'Association française de chirurgie ; M. le recteur Sarrailh, M. Georges Duhamel, de l'Académie Française ; M. le doyen Léon Binet, MM. Rist, René Leriche, Louis Bazy, M. Jean Fiolle (de Marseille), vice-président du Congrès ; M. Pierre Brocq, secrétaire général, qui succède à M. Henri Mondor.

M. le président Baumgartner déclara le congrès ouvert et prononça un remarquable discours consacré à la Spécialisation chirurgicale.

Puis M. le secrétaire général Pierre Brocq donnant à son rapport rituel une forme nouvelle et très heureuse, rappela en quelques mots vibrants la carrière chirurgicale de son maître Baumgartner, « qui devança de loin et de beaucoup » la plupart des chirurgiens français et étrangers. Et cet hommage rendu à un président admiré, aimé et respecté de tous, fut salué de longs applaudissements.

Après une suspension de séance de quelques minutes, le congrès rentra en séance pour entendre l'exposé de la première question.

F. L. S.

PREMIER RAPPORT

Traitement chirurgical du cancer de l'œsophage thoracique

MM. Santy et Alain Mouchet (Paris) (Lyon)

Le rapport de MM. Santy et Alain Mouchet représente une mise au point remarquable de l'une des questions d'actualité de la chirurgie digestive et il est assez difficile de condenser en quelques colonnes le travail qui en comporte 130 et est bourré de documents recueillis en particulier par A. Mouchet auprès des chirurgiens américains.

Dès l'introduction, A. Mouchet montre combien sont justifiées les tentatives chirurgicales faites aux Etats-Unis, principalement depuis une dizaine d'années ; fréquence du cancer de l'œsophage qui représente 5 % de l'ensemble des cancers, gravité de son évolution malgré l'absence ou le caractère tardif des métastases, carence des traitement par les agents physiques ; même les statistiques les plus récentes ne donnent qu'une survie d'un an dans 25 % des cas, de deux ans dans 15 % des cas (Nilsen).

Si l'opérabilité clinique et opératoire n'est encore que de 50 % (70 % pour les cancers de l'œsophage moyen, Sweet) on peut espérer qu'avec un entraînement plus poussé des chirurgiens, ce pourcentage ira vite en augmentant.

A. Mouchet retrace ensuite les étapes successives qui ont marqué cette chirurgie difficile à partir du succès princeps de Thorek qui, en 1913, fit une œsophagectomie par voie transpleurale gauche avec exentération du bout cervical. La nécessité de l'abord transpleural étant admise, on tend depuis 1938 à réaliser (tout au moins pour les formes basses d'abord) une résection de la tumeur suivie du rétablissement immédiat de la continuité par anastomose œsophago-gastrique.

Ayant ensuite rappelé les notions essentielles concernant l'anatomie chirurgicale de l'œsophage thoracique et souligné que 80 % des cancers sont localisés au segment sous azygo-aortique, A. Mouchet brosse un rapide tableau des aspects cliniques et radiologiques du cancer de l'œsophage.

La durée de l'histoire clinique ne permet pas d'ailleurs de préjuger de l'opérabilité ; en moyenne les malades ne viennent consulter que de 4 à 8 mois après l'apparition des premiers signes cliniques ; le principal en demeure la dysphagie, mais intermittente non douloureuse pendant longtemps, elle retient peu l'attention du malade et c'est ce qui explique la fréquence avec laquelle le cancer n'est reconnu qu'à un stade déjà avancé.

L'examen radiologique constitue le temps essentiel de l'examen clinique ; les aspects sont en général tels que le diagnostic ne souffre pas de difficulté, mais il est souvent indispensable de préciser le siège exact et l'aspect même de la tumeur par une œsophagoscopie, voir une bronchoscopie lorsqu'il s'agit d'un cancer de la partie moyenne; la constatation d'une extension néoplasique à la bronche représente en effet une contre-indication opératoire à peu près formelle.

Les auteurs américains attachent également à ce point de vue une certaine importance aux douleurs fixes dans la région dorsale avec douleur à la percussion des apophyses épineuses correspondant au siège du néoplasme, à la persistance d'un état fébrile quotidien qui traduirait la présence d'une tumeur ulcérée avec péri-œsophagite et médiastinite.

Les contre-indications opératoires formelles sont l'existence de métastases à distance, les fistules œsophago-bronchiques, enfin l'état cachectique de certains sujets chez lesquels une bonne préparation péri-œsophagite et médiastinite.
ou trois semaines ; enfin les tares organiques graves.

La préparation préopératoire du malade a une importance capitale à laquelle les auteurs américains attribuent une partie de leurs succès :

— Alimentation liquide ou pâteuse riche en protéines et en hydrates de carbone.

— Réhydratation par des perfusions quotidiennes de sérum salé et de sérum glucosé.

— Une ou plusieurs transfusions de sang frais pour relever le taux des hématies.

— Perfusion de plasma pour augmenter le taux des protéines.

— Sweet conseille de donner par voie parentérale de 100 à 1.000 mgrs d'acide ascorbique ainsi que de la vitamine B.

— Brock, Alleson attachent une certaine importance aux exercices respiratoires quotidiens.

— Enfin l'infection latente sera prévenue et combattue par les sulfamides et surtout la pénicilline.

Si la gastrostomie préalable n'a plus que des indications rarissimes, par contre la jéjunostomie doit être utilisée en cas de sténose serrée ne permettant pas une alimentation suffisante chez un sujet cachectique.

L'anesthésie doit être une anesthésie générale sans hyperpression administrée au moyen d'un tube intratrachéal qui permet de contrôler avec le maximum de précision la mécanique pulmonaire et permet d'obtenir à volonté un poumon collabé immobile, un poumon gonflé, etc... Il faut fournir en permanence à l'opéré de l'oxygène en quantité suffisante dans le mélange anesthésique.

Santy et A. Mouchet décrivent ensuite dans un chapitre extrêmement précis les différentes techniques qui sont actuellement utilisées : résection suivie d'anastomose œsophago-gastrique par la voie transthoracique gauche (Phemister, Sweet) ou par voie abdomino-thoracique (thoraco-phreno-laparotomie, Garlock, Humphreys, Brautigan) pour un cancer bas situé juxta cardiaque.

Résection suivie d'anastomose haute intrathoracique par voie d'abord transthoracique gauche (technique de Sweet).

Œsophagectomie par le procédé de Thorek qui peut être réalisé par abord transpleural gauche ou par voie transpleurale droite. Cette opération doit être complétée ultérieurement par une série d'opérations pour rétablir si possible la continuité du tractus digestif.

Résection suivie d'anastomose œsophago-gastrique par voie transpleurale droite (Santy-Ivor Lewis).

Cet exposé technique s'achève par un court chapitre sur les différents procédés d'anastomoses œsophago-gastriques et des méthodes d'exception : tunellisation cervico - abdominale (Grey-Turner).

A. Mouchet montre ensuite quelles sont les grandes lignes de la tactique opératoire adoptée actuellement aux Etats-Unis :

— Pour les cancers du tiers inférieur et les adénocarcinomes du cardia la résection en bloc de la tumeur et des ganglions s'effectue sans difficulté par la voie transthoracique gauche ; la continuité est rétablie par anastomose directe œsophago-gastrique.

— Pour les cancers du tiers moyen la technique de Thorek est abandonnée et réservée uniquement aux malades très fatigués chez lesquels on redoute le shock opératoire et aux tumeurs œsophago-gastriques très étendues nécessitant une résection qui enlève au moins le tiers de l'estomac (Resano). En pratique, la résection suivie d'anastomose haute immédiate résout 80 % des cas.

— Quant aux cancers de la partie supérieure de l'œsophage, ils posent un problème qui n'est pas encore résolu et reste insoluble sauf pour les tumeurs d'un très petit volume.

— Les complications post-opératoires sont assez fréquentes : outre le shock, il faut redouter le pneumothorax, et surtout l'atelectasie qui doit être traitée par l'aspiration bronchique immédiate, l'infection pleurale et les désunions partielles qui se manifestent entre le septième et le quinzième jour.

Parmi les nombreuses statistiques rapportées par A. Mouchet, citons les plus importantes : celle de Sweet avec 141 résections : 93 guérisons simples, 25 guérisons après complications et 23 morts, soit 16,3 % ; les survies sont de 48 % (1 an), 31 % (2 ans), 37 % (5 ans).

Garlock a 120 cas de résections avec mortalité de 29 % : 30 opérés en vie depuis un mois à 10 ans (12 survies depuis plus de 5 ans).

En France on ne peut que citer la statistique de Santy et Ballivet : 57 interventions dont 24 furent seulement exploratrices ; 9 exérèses simples (Thorek) sans rétablissemnt de la continuité, cinq guérisons opératoires avec une survie de 26 mois ; 23 exérèses avec rétablissement immédiat de la continuité : 2 guérisons opératoires.

IIe RAPPORT

Les moignons douloureux des membres

MM. P. Padovani (Paris) et L. Mansuy (Lyon)

Après avoir marqué dès le début de leur rapport l'incertitude qui règne encore sur l'étiologie des moignons douloureux, les auteurs en rappellent les aspects cliniques que l'on peut rencontrer : l'illusion de présence du membre amputé, l'illusion douloureuse du membre absent, la douleur sympathique du moignon et enfin, éventualité heureusement très exceptionnelle, la grande hyperesthésie douloureuse des moignons. Il n'existe d'ailleurs aucun antagonisme entre ces différents aspects ; au contraire les formes mixtes sont courantes et dans plus de la moitié des cas les amputés se plaignent de douleurs siégeant à la fois dans le moignon et dans le membre fantôme ; néanmoins, chaque type douloureux conserve ses caractères spécifiques et cette distinction doit donc être conservée au point de vue thérapeutique comme au point de vue pronostic.

Padovani et Mansuy regrettent que juridiquement les douleurs des amputés ne fassent l'objet d'aucune tarification particulière au barème d'évaluation des invalidités ; il y a là une lacune.

L'étude physiopathologique et la pathogénie de ces manifestations douloureuses font l'objet du chapitre central du rapport : le rôle du neurogliome mis en avant par Guéniot, Lejars et Leriche est longuement discuté, même si l'on admet qu'il est un point de départ de réflexes douloureux, on doit reconnaître que nous ignorons totalement pourquoi la majorité des névromes est indolore, tandis que quelques-uns entraîneraient des douleurs persistantes et parfois terribles.

Après avoir rappelé les notions actuelles concernant les voies ascendantes de la douleur (système cérébro-spinal, système sympathique) les auteurs sont amenés à évoquer le rôle du psychisme dans le mécanisme de production de la douleur : « Il est évident que l'intervention du psychisme déforme la douleur en ce sens que plus elle pénètre dans le domaine de la conscience, plus aussi elle s'enrichit de tout ce que l'état psychique propre à chaque individu peut apporter » (Van Gehuchten).

Deux hypothèses demeurent pour localiser le siège de la douleur :

— En faveur de l'*origine périphérique*, on a mis en avant la douleur provoquée par l'excitation du névrome, la reviviscence du membre fantôme après excitation du névrome, l'extinction temporaire de la douleur et du membre fantôme par la novocaïne, la libération du névrome, la section nerveuse, etc.

— Parmi les théories invoquant une *origine centrale ;* il faut surtout retenir celle défendue par Lhermitte basée avant tout sur l'étude du membre fantôme ; l'apparition du membre fantôme en dehors de toute amputation, à la suite de lésions de l'encéphale, l'étude des mouvements volontaires du membre fantôme apportent des arguments importants en faveur de la participation des centres cérébraux à la genèse de l'illusion. Le membre fantôme ne constituerait que l'éveil dans la conscience des souvenirs.

Les rapporteurs concluent en montrant la complexité de la pathogénie qui est vouée à une impasse si l'on adopte une thèse basée exclusivement sur l'excitation périphérique ou sur le rôle unique du psychisme.

Peut-on prévenir l'apparition d'un moignon douloureux ? Padovani et Mansuy insistent sur l'intérêt d'éviter tout traumatisme des troncs nerveux au cours de l'amputation ; Herman et Gibbs recommandent la ligature du tronc nerveux avec un fil non résorbable ; à la classique injection d'alcool ou de novocaïne dans le tronc nerveux, Poth préfère pour des raisons expérimentales l'utilisation d'une solution de violet de gentiane et d'acide tannique ; elle empêcherait la formation d'un névrome.

Les chirurgiens anglo-américains attendent d'autre part une certaine importance au traitement physio-psychologique qui doit être entrepris tout de suite après l'amputation ainsi que la rééducation fonctionnelle et l'entraînement physique de l'amputé ; la réadaptation professionnelle nécessite la création d'ateliers spécialisés, en particulier pour les amputés du membre supérieur.

Parmi les moyens médicaux qui ont été mis en œuvre dans le traitement des algies des amputés, il faut retenir la vitamine B avec laquelle Sliosberg a obtenu des résultats intéressants ; la psychothérapie, les séances de suggestion, l'électrochoc et la narcoanalyse ne sont encore qu'au stade des tentatives ; il est impossible de porter un jugement sur leur valeur thérapeutique.

Des interventions locales une seule paraît rationnelle ; la résection du névrome, mais les résultats en sont presque constamment décevants, car la reproduction du neurogliome est fatale à plus ou moins longue échéance ; elle doit donc en principe être proscrite, sauf dans des cas très précis.

Il faut alors s'adresser aux interventions qui se proposent d'interrompre les voies de la sensibilité douloureuse ; leur valeur est très inégale.

La névrotomie a une action très incertaine, parfois excellente (Leriche) ou nulle. La radicotomie postérieure est encore plus problématique dans son résultat et, de plus, comporte des inconvénients certains si on lui donne l'étendue théoriquement nécessaire ; elle est condamnée par Leriche et White.

La myélotomie commissurale a pour elle sa simplicité et sa bénignité, mais elle n'a été exécutée que dans quelques cas isolés, si bien qu'il est difficile de l'apprécier avec exactitude ; elle est loin d'être l'opération idéale des moignons douloureux.

Il en est de même des opérations qui cherchent à sectionner le faisceau spinothalamique (cordotomie antéro-latérale, cordotomie bulbaire, tractotomie mésencéphalique) ; l'interruption des voies de la sensibilité douloureuse à quelque niveau que ce soit ne donne pas des résultats parfaits et constants et présente des dangers et des inconvénients ; le repérage exact est parfois difficile surtout en profondeur.

Certains chirurgiens ont enfin essayé d'agir directement sur le cerveau : résection du cortex sensoriel, leucotomie préfrontale ; aucune opinion ne peut être formulée sur ces interventions.

Il reste enfin les interventions sur le sympathique proposées par Leriche ; sympathectomie périartérielle ; artériectomie, infiltrations pariétales et injections intra-artérielles, interventions caténaires. Sans apporter de statistiques importantes les auteurs admettent que la chirurgie du sympathique reste le traitement de base des moignons douloureux ; les interventions neuro-chirurgicales doivent être réservées en cas d'échec aux formes complexes.

La sympathectomie ne guérit pas tous les malades, mais dans les cas choisis, elle peut leur apporter un soulagement remarquable. Les indications thérapeutiques doivent obéir à un principe essentiel : effectuer d'emblée si possible l'intervention qui paraît la plus complète et éviter à tout prix une gradation thérapeutique ; les interventions multiples n'ont souvent pour effet que de multiplier les causes des douleurs.

S'il existe une cause locale susceptible d'engendrer des phénomènes douloureux, il faut commencer par supprimer celle-ci (cure d'une ostéite — résection *unique* d'un névrome dont l'infiltration novocaïnique locale supprime la douleur).

Lorsqu'il existe des signes d'irritation sympathique, le chirurgien doit commencer par des infiltrations dont l'efficacité constitue un bon test pour affirmer l'utilité d'une intervention sympathique.

En ce qui concerne les douleurs du membre fantôme, les chirurgiens anglo-américains paraissent favorables à la cordotomie malgré ses résultats incertains.

TROISIEME RAPPORT

Les dystonies biliaires

MM. F. Poilleux (Paris) et Guillet (Lyon)

Il s'agit d'un sujet neuf encore peu connu au point de vue clinique et sur lequel F. Poilleux et Guillet apportent l'ensemble des connaissances actuelles.

Leur étude se borne aux dystonies en apparence primitives quelle qu'en soit leur pathogénie, éliminant des dystonies secondaires à un obstacle macroscopique à l'évacuation. Il s'agit donc de *manifestations fonctionnelles portant sur les troubles de la motricité des canaux excréteurs et sur les modifications de comportement de leurs appareils sphinctériens.*

I. **Moyens cliniques et radio-cliniques d'exploration des dystonies biliaires.** — Les auteurs rappellent tout d'abord les moyens radiocliniques qui ont servi à prouver l'existence des dystonies biliaires et qui sont à la base de l'exploration fonctionnelle des voies biliaires : c'est à Caroli que revient le mérite d'avoir en 1941 avec Bergeret et Debouvry créé la *radiomanométrie post-opératoire* ; elle permet de mesurer les pressions nécessaires au remplissage de la voie biliaire principale ou au remplissage de la région vésiculaire ; complétée par des épreuves fonctionnelles telles que l'épreuve de la douleur provoquée ou les épreuves fonctionnelles médicamenteuses, cette méthode a permis d'établir avec précision les aspects physiologiques normaux ou pathologiques du transit biliaire. Mallet Guy et Jeanjean ont mis au point un appareil enregistreur facilitant cette étude au cours de l'intervention chirurgicale elle-même.

II. **Les dystonies du système vésiculaire.** — F. Poilleux avec la collaboration de Guy Albot. — Après un court rappel de l'anatomie de la voie biliaire accessoire, le rapporteur montre qu'on peut admettre sinon l'existence d'un sphincter à l'union colcystique (Lutkens) du moins la présence d'amas musculaires importants qui jouent un rôle physiologique indiscutable. L'importance de ce sphincter est facteur de son développement anatomique et de la force de sa contraction comparée à celle du sphincter cholédocien. Elle varie d'un sujet à l'autre expliquant certaines prédispositions morbides constitutionnelles. La synergie vésiculo-oddienne n'est pas seulement expérimentale et la pathologie montre la fréquence avec laquelle les affections du sphincter d'Oddi peuvent retentir sur la vésicule ; ces retentissements sont toujours dans le même sens physiologique que la lésion oddienne qui les a provoqués.

Les dystonies vésiculaires en apparence primitives paraissent relever de trois pathogénies :

a) Celles qui sont engendrées par une anomalie anatomique de l'appareil d'excrétion biliaire ;

b) Celles qui sont liées à des modifications locales même atténuées d'origine inflammatoire ;

c) Celles pour lesquelles on ne peut incriminer qu'un dysfonctionnement dans le jeu de la motricité vésiculaire ou de l'appareil valvulo-sphinctérien du cystique.

Sans qu'on puisse affirmer qu'il est seul en cause, les travaux modernes mettent en relief le rôle de l'appareil neuro-végétatif dans le déclenchemnt des différentes dystonies biliaires ; et c'est essentiellement vrs la régulation de ce système que tend actuellement la thérapeutique de ces troubles fonctionnels lorsque les examens cliniques et radiologiques n'ont pu mettre en évidence de lésions locales capables d'expliquer ce dysfonctionnement.

F. Poilleux décrit ensuite l'aspect clinique des atonies et hypotonies cystiques de l'hypertension cystique ; ces signes cliniques ne peuvent d'ailleurs qu'orienter en quelque sorte le diagnostic ; seules les épreuves radiologiques et surtout la radiomanométrie permettent de le poser. L'un des points difficiles de ce diagnostic est de préciser où siège le spasme sur la voie biliaire accessoire : atonie de la région col-cystique, hypotonie de la musculature de la vésicule elle-même. D'autre part, la radiomanométrie renseigne mal dans les cas légers et les abaissements de la pression nécessaire pour franchir le sphincter de Lutkeus peuvent être faibles.

Les syndromes hypertoniques que caractérisent cliniquement des accidents aigus paroxystiques, radiologiquement des vésicules globuleuses hyperkinétiques, radiomanométriquement une élévation considérable du taux de la pression de passage de la région cystique, sont en général d'un diagnostic beaucoup plus facile.

Les indications thérapeutiques des dystonies vésiculaires sont encore imprécises et discutées.

— Pour les *grandes vésicules* de stase par atonie, il faut s'abstenir de toute exérèse chirurgicale ou de la dérivation. Guillet a montré que dans ces formes la splanchnicectomie droite donnait 70 % de bons résultats.

— Dans les cas d'*hypotonie vésiculaire* simple, il est préférable de recourir aux traitements médicaux : tubages, infiltrations novocaïniques du splanchnique, radiothérapie, régime alimentaire.

— Dans les *hypertonies* les résultats chirurgicaux sont dans l'ensemble assez satisfaisants ; il est d'ailleurs indispensable de faire une laparotomie et une radiomanométrie biliaire pour pouvoir porter ce diagnotic ; cette laparotomie permettra de reconnaître certaines hypertonies secondaires auxquelles on appliquera le traitement rendu nécessaire par leur cause.

III. **Les dystonies de la voie biliaire principale.** — M. Guillet. — Les dystonies du sphincter d'Oddi résument les troubles fonctionnels de l'hépatocholédoque.

Il existe anatomiquement et embryologiquement un sphincter à deux étages au niveau de la terminaison du cholédoque ; physiologiquement l'ouverture active du sphincter joue un rôle essentiel dans l'excrétion biliaire : l'innervation sensitive est sous la dépendance des splanchniques ; les pneumogastriques tendent à maintenir le tonus des voies biliaires; à l'inverse les splanchniques tendent à l'inhiber.

On doit tenir pour normale une voie biliaire principale où la pression résiduelle se maintient entre 10 et 14 centimètres d'eau après une évacuation régulière objectivée par plusieurs courbes identiques. La radiographie montre en même temps une terminaison cholédocienne en flamme de bougie ou un défilé sphinctérien régulièrement et finement dessiné, un passage duodénal net dès le premier cliché, enfin un reflux modéré dans l'arbre hépatique nettement atétnué sur un cliché pris trois minutes plus tard.

Guillet étudie ensuite les aspects cliniques réalisés par les atonies et les hypertonies de la voie biliaire principale.

1° *Hypotonies et atonies.* — L'atonie oddienne peut s'associer à une lésion vésiculaire ou par sa persistance conditionner un syndrome de « pseudo-récidive » après cholécystectomie.

Mais il est des cas où elle est primitive, essentielle, se traduisant par une symtomatologie purement fonctionnelle ou encore s'associant à un syndrome hépatite infectieuse, de pancréatite chronique, sans qu'on puisse établir la filiation exacte des troubles ; les aspects cliniques sont donc ceux d'une pancréatite chronique, ou d'un ictère médical, d'une récidive après cholécystectomie, voire d'une cholécystite chronique. C'est dire l'importance du diagnostic des atonies du sphincter d'Oddi qui repose essentiellement sur l'étude radiomanométrique de la voie biliaire principale. Au point de vue thérapeutique on se trouve en présence de l'alternative suivante :

— S'il existe des signes d'angiocholite avec un cholédoque dilaté, une bile infectée ; l'indication du drainage externe se trouve posée, mais la cholédocotomie expose au risque redoutable du reflux duodénal et il sera bon d'associer une intervention splanchnique.

— S'il n'existe pas de signes d'angiocholite, la splanchnicectomie s'impose d'emblée.

2° *Les hypertonies de la voie biliaire principale.* — Ces états sont mieux connus que les états d'atonie ; l'étude expérimentale des hypertonies du sphincter d'Oddi ont montré que les manifestations principales en étaient la dilatation de l'hépato-cholédoque, l'angiocholite, le retentissement sur la cellule hépatique et probablement sur le pancréas.

Cliniquement on peut rencontrer l'hypertonie de la voie biliaire principale associée à une lithiase vésiculaire ou à une lithiase cholédocienne et cette assocation présente un corollaire pratique : la nécessité dans toute lithiase cholédocienne après ablation des calculs de vérifier la liberté du sphincter ; une hypertonie surtout si elle s'associe à une sclérose, à une maladie du sphincter, risquerait de provoquer après dérivation externe une fistule biliaire ou d'être un facteur de récidive des troubles. Quant à l'hypertonie essentielle qui n'est parfois révélée que par les épreuves radiomanométriques elle coexiste assez souvent, semble-t-il, avec des lésions

de pancréatite chronique ; par ailleurs certaines observations permettent d'affirmer la réalité de la maladie du sphincter d'Oddi qui réalise des tableaux identiques à ceux de l'hypertonie essentielle.

Les effets de la dérivation externe même associée au traitement médical peuvent n'être que transitoires si bien que lorsque le diagnostic est certain, il semble normal d'agir électivement sur le sphincter : Mallet Guy conseille la sphincterectomie partielle transduodénale sous contrôle manométrique ; les résultats immédiats en sont très encourageants mais seule l'épreuve du temps permettra de les juger définitivement en toute objectivité.

P. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Séance du 7 octobre 1947

Nécrologie. — Le président fait part à l'Académie du décès de MM. Philippe Pagniez, membre titulaire, Tixier (de Lyon), membre non résidant et de Wildeman (de Bruxelles), membre correspondant étranger dans la section de pharmacie.

Rapport au nom de la Commission de l'Alimentation. — MM. Lesné et Ch. Richet.

Discussion : MM. Armand-Delille, Martel, Lapicque.

L'Académie émet le vœu d'une interdiction de la faculté, même d'augmenter les valeurs quantitative et qualitative des aliments essentiels (en particulier pain, lait, viande, matières grasses). Elle signale aux pouvoirs publics qu'on risque de voir s'aggraver les déficiences de 1941-1944, spécialement chez les adolescents et les vieillards si cette déficience alimentaire se prolonge (*Adopté à l'unanimité*).

Rapport au sujet des tueries particulières. — M. Martel. — L'Académie émet le vœu que la circulaire ministérielle du 2 juillet 1947 ne soit pas applicable au département de la Seine où les abattoirs publics peuvent suffire aux besoins si l'on veut éviter les abattages clandestins et le trafic des viandes insalubres.

Rapport au sujet des margarines. — M. Martel. — L'Académie émet le vœu d'une interdiction de la faculté, même exceptionnelle et temporaire, d'incorporer aux margarines des colorants ou des aromes qui la font à tort prendre pour un beurre de qualité, mais en réalité sont des substances d'action cancérigène expérimentale avérée.

Recherches expérimentales sur les capacités nocives des poussières d'aluminium métalliques. — M. Policard. — Ce travail concerne les poussières d'aluminium métallique quel qu'en soit le calibre, à l'exclusion des composés ou des sels d'aluminium.

En dépit des travaux allemands basés sur l'étude de collectivités ouvrières en mauvais état physique, les poussières d'aluminium métallique, même employées à très forte densité dans des expériences prolongées, n'ont donné lieu chez l'animal à aucun accident grave. Les poussières absorbées sont très rapidement dissoutes et éliminées. Il ne reste derrière elle aucune lésion même histologique ni aucune fibrose. Le poumon redevient absolument sain.

Ces conclusions s'appliquent au poumon normal ; l'action sur le poumon tuberculeux n'est pas encore précisée.

L'infiltration par les poussières d'aluminium ne protège pas le poumon contre la silicose.

Accidents de la pénicillothérapie intrarachidienne et méningite pénicillique. — MM. Mattei et Simonin (de Marseille). — Huit fois sur neuf cas de méningite à pneumocoques primitive ou secondaire ont été observées des réactions méningées à la pénicilline.

Soit accidents immédiats (surtout fréquents avec des pénicillines brunâtres) : douleurs rachidiennes irradiant à la nuque et aux membres inférieurs, durant plusieurs heures et parfois justiciables de la morphine.

Soit accidents tardifs : rétention vésicale et surtout irritation méningée. Elle apparaît tantôt en cours de traitement : rechute du syndrome méningé avec grosse élévation de l'albuminorachie et du nombre des éléments cellulaires, élévation thermique.

D'autres fois elle apparaît en fin de traitement lors d'une injection de consolidation : fièvre prolongée tant que l'on continue le traitement et syndrome méningé. Ces accidents ne protègent pas contre les rechutes même mortelles.

Exceptionnels lorsque la pénicilline n'est pas administrée par voie rachidienne, ils sont parfois difficiles à distinguer d'une rechute de la méningite et ne doivent pas faire cesser prématurément le traitement. Le diagnostic repose sur l'allure clinique et les caractères cytologiques et ne laisse pas d'être délicat.

ACADEMIE DE PHARMACIE

Séance du 1er octobre 1947

Sur une légumineuse africaine, le Samagoura (Swartzia madagascariensis). — Mlle Beauquesne. — Présence d'un hétéroside flavonique libérant par hydrolyse du glucose, du rhamnose et une aglycone du groupe des favonols.

Synthèse de méthyl-d-glucoside β par une poudre fermentaire d' « Aspergillus niger ». — M. H. Hérissey et P. Fleury. — Synthèse à partir du glucose et du méthanol par la poudre fermentaire obtenue par dessication du mycélium. Le liquide de macération est privé de cette activité synthétisante.

Recherches sur l'action cancérigène éventuelle du cholestérol irradié par les rayons X. — M. R. Truchaut. — Le cholestérol irradié par les rayons X n'a pas manifesté d'activité cancérigène sur la souris ; il en est de même du cholestérol purifié, au contraire le cholestérol commercial et la fraction de l'insaponifiable du foie de cancéreux précipitable par le digitonoside ont une action cancérigène.

Contribution à l'étude de l'action de l'iode sur l'hémoglobine. — M. E. Deschiens.

Recherches sur la conservation des pénicillines commerciales. — M. R. Charonnat. — La pureté croissante des pénicillines commerciales a permis d'élever la température limite de conservation primitivement fixée à 10°. Les pénicillines qui ne sont pas suffisamment purifiées ou déhydratées doivent être conservées au moins dans une cave fraîche.

Election d'un membre résidant. — M. Y. Raoul.

CHRONIQUE

La semaine des Congrès
L'ouverture du Congrès français de chirurgie

Avec l'ouverture du Congrès français de chirurgie, la Faculté de Médecine, plus que l'an dernier encore, a retrouvé l'animation des beaux jours d'autrefois.

Malgré le retard du Salon de l'Automobile, qui était pour beaucoup une attraction certaine, le nombre des congressistes a été plus important que l'année dernière. Les grands laboratoires et les fabricants d'instruments de chirurgie, dont l'exposition était installée à l'intérieur de la Faculté, ont accueilli une foule de visiteurs.

Il faut noter le grand nombre de chirurgiens étrangers. Ils ont eu, certes, quelque mérite à venir en France, malgré les barrières fiscales organisées dans leurs pays comme dans le nôtre. On doit les féliciter pour leur fidélité.

Suivant la tradition. bien avant l'ouverture, le grand amphithéâtre de la Faculté avait été envahi par la foule des congressistes.

Au hasard des entrées, nous avons noté MM. Paul Mathieu, les médecins généraux inspecteurs Sieur, Rouvillois, Bonnet-Roy, Hugonot ; le médecin général de 1re classe Le Chuiton, de la Marine ; le médecin général Clerc, de l'Air ; MM. Chevassu, de Fourmestraux, Albert Mouchet, Jeanbrau (de Montpellier), E. Michon, P. Mocquot, Et. Sorrel, Mlle Gauthier-Villars, MM. Victor Veau, Cadenat, Braine, Basset, G. Labey, Ombrédanne, Picot, Leroux, Delannoy (Lille), Leveuf, Heitz-Boyer, Michel Deniker, Thalheimer, P. Moulonguet, Alglave, Sauvé, R. Monod, Wolfromm, Rœderer, Alain Mouchet, Latouche (Autun), Léon Bérard, André Chalier, Cotte et Santy (Lyon), Dévé (Rouen), Chauvin, Mattei (Marseille), Eugène Truc (Montpellier, Costantini (Alger), Rocher (Bordeaux), Morice (Caen), Cartoux (Saïgon).

Parmi les étrangers, nous retrouvons nos vieux et fidèles amis : Robert d'Ernst (de Genève), admirable animateur de l'Aide aux enfants de médecins sinistrés ; le professeur Léopold Mayer, qui fut le brillant président du récent Congrès international de chirurgie de Londres, et ses confrères de Bruxelles : Danis, Léo Déjardin, Delchef, Brohlée. Et puis voici MM. Hortolomei (de Bucarest), Petridès (d'Athènes), enfin le grand chirurgien de Baltimore, le Dr Blalock.

Le président, M. Baumgartner, fait son entrée au milieu des applaudissements. A ses côtés prennent place M. le professeur Henri Hartmann, président de l'Association française de chirurgie, M. Georges Duhamel, de l'Académie française, M. le recteur Sarrailh, M. le doyen Léon Binet, MM. Rist, René Leriche, Louis Bazy, M. Jean Fiolle (de Marseille), vice-président et M. Brocq, secrétaire général, qui prend la succession de M. Henri Mondor, aujourd'hui membre de l'Académie française.

Après avoir déclaré ouvert le cinquantième Congrès de chirurgie, M. le président Baumgartner remercia M. le Recteur et M. le Doyen d'avoir bien voulu assister à cette séance et il salua les congressistes français et étrangers.

Puis il prononça son discours d'ouverture consacré à la **Spécialisation chirurgicale.** Il fallait toute l'expérience de M. Baumgartner, toute son autorite et tout son tact pour aborder ce sujet difficile. Il fut vivement applaudi.

M. Brocq, secrétaire général, adressa les remerciements d'usage aux rapporteurs. Après les justes félicitations décernées à M. Vuillod, l'infatigable organisateur du Congrès, M. Brocq demanda à M. le Doyen d'assister aux séances de travail, les conseils d'un physiologiste étant plus indispensables que jamais aux chirurgiens.

Puis, s'adressant à M. Baumgartner, il lui tourna, en s'inspirant d'une charmante page de Mondor, le plus juste et le plus fin des compliments.

En parcourant les principales étapes de la carrière chirurgicale de M. Baumgartner, M. Brocq montra que son maître a devancé de loin, et depuis longtemps, par sa technique toujours de plus en plus parfaite, tous les chirurgiens français et étrangers, notamment en ce qui concerne le traitement chirurgical du cancer de l'œsophage et les tumeurs intralobaires du foie.

M. Brocq souleva des applaudissements interminables en rappelant que son ancien maître n'a jamais été tourmenté que par la recherche de la vérité, son discours vient de le montrer. « Il est toujours heureux dans le choix des mots et dans l'art de nuancer sa pensée. Il aurait pu, ajouta M. Brocq, grâce à ses dons, grâce à sa distinction et à sa courtoisie sans défaillance, quitter la carrière chirurgicale pour entrer dans la Carrière « avec un grand C ».

Très respectueusement, enfin, M. Brocq salua Mme Baumgartner, gardienne de l'admirable foyer familial qui a déjà donné de grands serviteurs au pays.

Et ce fut certes une minute très émouvante pour M. Baumgartner, mais aussi pour tous ses vieux amis.

F. L. S.

Après une suspension de quelques minutes, le Congrès rentra en séance pour entendre l'exposé des rapports sur la première question.

Le prochain Congrès aura lieu le 4 octobre 1948, sous la présidence de M. Jean Fiolle (de Marseille). Le vice-président sera M. Paul Mathieu (Paris).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Conseil départemental de la Seine de l'Ordre national des médecins

A propos de la carence alimentaire. — Le Conseil de l'Ordre, dans sa séance du 2 octobre 1947, ému de la carence alimentaire qui commence à apparaître dans la population de Paris et de sa banlieue, a chargé son président d'en faire part immédiatement à l'Académie de Médecine.

La lettre suivante a été déposée le 4 octobre 1947 au Bureau de l'Académie.

« Monsieur le Président,

« Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins, qui représente les 7.400 médecins exerçant la médecine dans Paris et son département, s'est ému de la carence alimentaire à laquelle la population de la ville et de sa banlieue commence à être soumise pour la seconde fois.

« L'insuffisance de la nourriture est indiscutable et augmente avec rapidité. Comme jadis elle devient inquiétante. Les rations de lait, distribuées irrégulièrement, l'absence incompréhensible de beurre, la qualité déplorable et inadmissible du pain et sa petite quantité, sont particulièrement manifestes ; les régimes de certains malades deviennent difficiles à exécuter, sinon impossibles. Les prix élevés ne permettent plus à un grand nombre de personnes d'acheter la nourriture nécessaire, ni même de faire usage du « secteur » alimentaire qui lui est reservé.

« Après un rationnement de quatre ans, cette déficience nouvelle qui apparaît risque d'occasionner à son tour des désastres : les médecins praticiens sont à même d'observer, dès à présent, spécialement chez les jeunes sujets peu favorisés et dans certains milieux, les premiers symptômes d'une sous-alimentation néfaste.

« Nous ne pouvons pas oublier que pendant l'occupation allemande, l'Académie de Médecine a ouvertement protesté contre le rationnement que cruellement on nous imposait. Les médecins ont admiré son énergie à l'époque et le courage et l'abnégation d'un de ses membres déporté pour avoir seulement crié certaines vérités.

« Il ne nous appartient pas d'exprimer une opinion sur les causes de la disette actuelle. Nous en constatons les débuts avec anxiété et nous inquiétons des conséquences qu'elles peuvent avoir sur la santé des Français, hors de rares privilégiés.

« Le Conseil de l'Ordre m'a chargé, dans sa séance du 2 octobre 1947, en tant que son président, de vous jeter ce cri d'alarme et de demander à l'Académie de Médecine, puisqu'elle est la conseillère des pouvoirs publics, de reprendre la lutte en se montrant gardienne de la santé de nos compatriotes qui, si des mesures ne sont pas prises à temps, risque de s'effondrer.

« Signé : PIÉDELIÈVRE. »


CHLORO-CALCION
Solution titrée de Chlorure de Calcium
INDICATIONS
RECALCIFIANT
Croissance - Tuberculose
HÉMOSTATIQUE
Toutes Hémorragies
DÉCHLORURANT
Albuminuries - Néphrites - Œdèmes
FORMULE
LABORATOIRES MICHELS

Dépôt légal. — 1947. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 43. — SAMEDI 25 OCTOBRE 1947 — 120e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, **375 fr.** Etudiants, **200 fr.** ; Etranger, **600 fr.**
Chèques Postaux Paris : 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours pour une place d'O.R.L.

Liste, par ordre de tirage au sort, de MM. les membres du jury : M. les Drs Aubin, Lemaître, Bourgeois Robert, Ramadier, Bloch An[illegible], Aubry, Leroux, O.R.L. : Touraine, [illegible]decin ; Ameline, chirurgien.

Con[illegible]urs pour une place d'ophtalmologiste

Liste, par ordre de tirage au sort, de MM. les membres du jury :
MM. les Drs Bolla[illegible] Hartmann, Prélat, Parfonry, Velter, M[illegible]orun, Hudelo, ophtalmologistes ; Pollet, médecin ; Maurer, chirurgien.

Légion d'honneur — SANTÉ PUBLIQUE

CHEVALIER. — Dr Marcel Laignier, à Paris.

Légion d'honneur — MARINE

COMMANDEUR. — Le médecin général de 2e classe Dulcouet.

OFFICIER. — Le médecin en chef de 2e classe FUMAT.

CHEVALIER. — Les médecins principaux Cornet, Flandrin et Coulanges.

Légion d'honneur. GUERRE

CHEVALIER : Méd. lieut. Guislain, méd. cap. Porcher, méd. lieut. Madeleine Pauliac (J. O., 8 oct. 1947).

Médaille des épidémies

MÉDAILLE D'OR. — M. le médecin général inspecteur Vaucel.

Conférence

« Le Dr Arthur SAROT, chirurgien chef de l'hôpital Sea View de New-York, spécialiste de chirurgie thoracique, fera une conférence sur :

LA CHIRURGIE THORACIQUE INFANTILE

le lundi 27 octobre 1947, à 11 heures, à l'Amphithéâtre de la Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris. »

Education nationale

Hygiène scolaire et universitaire

Des postes de Médecin Examinateur à temps complet sont actuellement vacants en :

Haute-Vienne (résidence de préférence à Rochechou[illegible] ou Saint-Junien).
Cha[illegible]te-Maritime (résidence de préférence [illegible] Saint-Jean-d'Angély ou Surgères).
Deu[illegible] Sèvres (résidence de préférence à Bressuires).
Vienne (résidence de préférence à Poitiers ou environs).
Vendée
Et Indre-et-Loire.

Pour tous renseignements, s'adresser pour chaque département à M. l'Inspecteur d'Académie « Service de l'Hygiène scolaire, Limoges, La Rochelle, Niort, Poitiers, La Roche-sur-Yon, Tours, ou à l'Inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire, Rectorat d'Académie, Poitiers.

Santé publique

Services antituberculeux publics

Il est ouvert un concours pour le recrutement de cinquante médecins des services antituberculeux publics (médecins adjoints des sanatoriums publics et médecins à temps complet des dispensaires antituberculeux publics). Les épreuves commenceront à Paris, le 15 décembre 1947.

Pour tous renseignements, s'adresser au ministère de la Santé publique et de la Population, direction de l'administration générale du personnel et du budget, 3e bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 22 novembre 1947 inclus.

Concours pour le recrutement d'un chirurgien (orthopédiste) à l'hôpital de Chartres et d'un chirurgien à l'hôpital de Dreux

Rectificatif à l'avis de concours pour le recrutement de personnel médical aux hôpitaux de Chartres et Dreux, publié au J. O. du 23 août 1947, page 8368. Il y aurait lieu de modifier l'avis ainsi qu'il suit :

« Un concours sur épreuves pour le recrutement d'un chirurgien adjoint (orthopédiste) à l'hôpital de Chartres et d'un chirurgien à l'hôpital de Dreux, s'ouvrira à Paris le 26 novembre 1947, et non le 26 décembre 1947.

« Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction départementale de la Santé, 6, rue de Beauvais, à Chartres. » (J. O., 18 octobre 1947.)

Centre régional de lutte contre le cancer. — Le centre régional de lutte contre le cancer, de Caen, est agréé dans les conditions fixées par les articles 1 et 2 (alinéa 2) de l'ordonnance du 1er octobre 1945. En conséquence, il est doté de la personnalité civile.

France d'Outremer

Exercice de la médecine. — Le J. O. du 18 octobre publie le décret n° 47.2023 du 15 octobre rendant applicable aux territoi-

res d'Outremer, l'ordonnance n° 45.2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme.

Association française de chirurgie

Rappelons que le LIe Congrès français de Chirurgie s'ouvrira à Paris le lundi 4 octobre 1948, sous la présidence de M. Jean Fiolle (Marseille) et la vice-présidence de M. Paul Mathieu (Paris).

Questions mises à l'ordre du jour pour 1948 :

Le traitement des cancers du sein. — Rapporteurs : MM. Ducuing (Toulouse) ; Tailhefer et Baclesse (Paris).

Prévention et traitement de la maladie post-opératoire. — Rapporteurs : MM. Jean Gosset (Paris) ; Larget et Lamare (Saint-Germain-en-Laye) ;

Hypertension artérielle. — Rapporteurs : MM. Sylvain Blondin (Paris) ; Weiss (Strasbourg).

Questions à l'ordre du jour pour 1949 :

Traitement radical du cancer du pancréas. — Rapporteurs : MM. L. Leger et Brehaut (Oran) ;

Traitement de l'ostéomyélite aiguë à staphylocoques dorés. — Rapporteurs : MM. Laurence (Paris) et Salmon (Marseille) ;

Electro-chirurgie en chirurgie générale (urologie et neuro-chirurgie exceptées). — Rapporteurs : MM. Heitz-Boyer et Fredet (Chartres).

Association des médecins de langue française

L'Association a tenu son assemblée générale à l'issue du XXVIe Congrès français de médecine. M. Lemierre présidait, assisté de M. Cade (de Lyon), secrétaire général ; de M. Fernand Bezançon, du Pr Pierre Delore (de Lyon), secrétaire général adjoint, de MM. Laubry et Rist et de Georges Masson, trésorier.

M. Cade a donné lecture de son rapport sur la vie de l'Association et rappelé le souvenir des collègues disparus depuis le dernier Congrès. M. Georges Masson a lu le rapport financier.

Sur la proposition de M. le professeur Lemierre, MM. Roskam (de Liége) et Lesage (de Montréal) ont été nommés membres du conseil d'administration. M. le professeur Roch (de Genève) a été désigné pour présider le XXVIIe Congrès français de médecine qui se tiendra à Genève au mois d'octobre 1949. Les questions à l'ordre du jour seront fixées ultérieurement.

Association française d'urologie

Le prochain Congrès s'ouvrira à Paris, le 4 octobre 1948.

Il sera présidé par M. le professeur Fey.

La question à l'ordre du jour est la suivante : « Chirurgie du système nerveux vésical », Rapporteurs : MM. Richer (Lyon) et Ginestie (Montpellier).

Le prix Taesch pour 1947 a été décerné au Dr Hérard. L'an dernier, il avait été décerné au Dr Gouygon (Paris).

XXIes Journées dentaires de Paris

(Anciennes Journées Franco-Belges)

Rappelons à nos lecteurs que cette importante manifestation professionnelle internationale se déroulera du 25 au 30 novembre, dans les locaux de l'Ecole Odontotechnique de Paris, 5, rue Garancière, Paris (6e), sous la présidence effective de : M. le professeur Louis Portes, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine, président du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Par suite de la participation importante des personnalités et délégations françaises et étrangères ainsi que de l'abondance des communications et travaux qui seront présentés ou cours de ce Congrès, le Comité d'Organisation s'est vu dans l'heureuse obligation d'augmenter de deux jours la durée des XXIes Journées Dentaires de Paris.

Afin de faciliter la venue toujours très nombreuse des confrères de province et de n'apporter aucun retard à leur demande pour l'obtention de leurs billets de réduction sur les chemins de fer, le Comité d'organisation leur serait particulièrement reconnaissant d'envoyer leur adhésion 5, rue Garancière, Paris (6e).

XIIe Congrès Français de Gynécologie

Montpellier 15-19 mai 1948

Le XIIe Congrès Français de Gynécologie aura lieu du 15 au 19 mai 1948, à la Faculté de Médecine de Montpellier, sous la présidence de M. le professeur Aimes, professeur de clinique gynécologique.

La question à l'ordre du jour est : La Tuberculose génitale féminine. Rapporteur général : M. le professeur Paucot (de Lille).

Dix rapports seront présentés :

I. Etiologie et Pathogénie de la Tuberculose génitale féminine par M. le professeur agrégé Vandecasteele (Lille).

II. Anatomie Pathologique, par M. le professeur agrégé Jacques Delarue (Paris).

III. Tuberculose génitale basse, par M. André Pecker (Paris).

IV. Tuberculose du Corps et du Col de l'Utérus, par M. Albert Netter, médecin des hôpitaux de Paris.

V. Tuberculose Annexielle, par MM. Poiteau et Houlné (Lille).

VI. Complications et suites éloignées, par M. le professeur agrégé Truc et M. H. Estor (Montpellier).

VII. Tuberculose Génitale et Stérilité, par M. le professeur Aimes et M. le professeur agrégé Caderas de Kerleau (Montpellier).

VIII. Tuberculose Génitale et Grossesse, par M. le professeur agrégé H. Bédrine (Lille).

IX. Traitement Médical, par M. le professeur Aimes (Montpellier).

X. Traitement Chirurgical, par M. le professeur E. Delannoy (Lille).

Des communications ne portant pas sur la question à l'ordre du jour seront également admises.

Outre les visites d'établissements hospitaliers, du Sanatorium marin de Palavas-les-Flots et des séances opératoires, le Comité d'organisation a établi un programme de réceptions, excursions, visites des curiosités historiques de la région, des fameuses caves de Roquefort avec dîner dans ces caves, etc.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Maurice Fabre, secrétaire général, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).

Académie Duchenne de Boulogne

L'Académie Duchenne de Boulogne, dont le but est de récompenser un travailleur indépendant, ayant fait progresser la science médicale, attribuera le 1er janvier 1948 un prix de vingt mille francs.

Les mémoires, inédits et non encore récompensés, doivent être envoyés au Secrétariat de l'Académie, 37 bis, boulevard Berthier, Paris (17e).

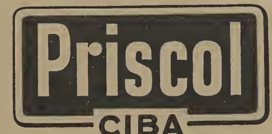
Nécrologie

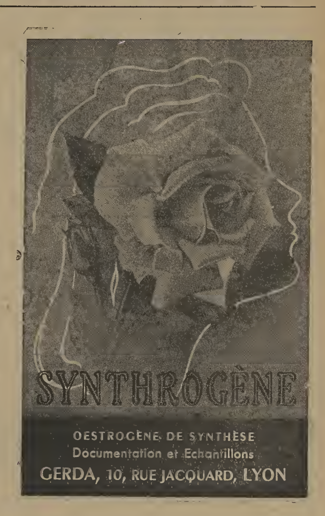
On annonce la mort du Dr William Seaman Bainbridge, l'éminent chirurgien de New-York, qui était un grand ami de la France.

Précis de physiologie, par L.-C. Soula, professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Toulouse, Un volume de 1086 pages avec 334 figures (Collection de Précis médicaux). Masson et Cie, éditeurs, Paris 1947.

Homéopathie et Isopathie, par P. Brotteaux, Un volume in-8 couronne de 260 pages : 200 francs. J. Peyronnet et Cie, éditeurs, 33, rue Vivienne, Paris (2e).


DANS tous LES CAS
DE SOUS-ALIMENTATION
La Farine diastasée SALVY est l'aliment toujours, digéré, toujours assimilé, facilitant dans tous les cas l'alimentation du nourrisson.
* Envoi sur simple demande adressée à SALVY, 4, Rue de Lambrechts à COURBEVOIE (Seine) du MEMENTO D'ALIMENTATION ET DE DIETETIQUE INFANTILES.
Farine DIASTASÉE
ALIMENTATION DU NOURRISSON
SALVY
Préparée par BANANIA


Priscol
CIBA


SYNTHROGÈNE
OESTROGÈNE DE SYNTHÈSE
Documentation et Echantillons
GERDA, 10, RUE JACQUARD, LYON

Quelques cas de chirurgie conservatrice pour anévrysmes artério-veineux et artériels [1]

Par René Fontaine

Encouragé par les importants travaux que mon maître, le professeur Leriche, consacre depuis plusieurs années à la chirurgie conservatrice dans les anévrysmes, je me suis depuis 1945 résolument orienté vers les opérations qu'il préconise. En deux ans j'ai eu l'occasion d'en pratiquer 10. Il s'agissait 6 fois d'anévrysmes artério-veineux dont l'un avait déjà subi antérieurement une simple ligature d'amont. Je mettrai à part ce cas, parce qu'il illustre bien ce que peut actuellement réaliser la chirurgie conservatrice.

Les 4 derniers cas concernent des *anévrysmes artériels*, dont 3 d'origine traumatique et 1 spontané. Ajoutons que tous ces cas ont été opérés tardivement de plusieurs mois à deux ans après la blessure.

Anévrysmes artério-veineux. — Nos 6 cas intéressaient les vaisseaux : jugulo-carotidiens 1 fois, sous-claviers 1 fois, huméraux 2 fois, iliaques externes 2 fois. Nous avons essayé de traiter nos 5 premiers cas par la *suture transveineuse* de l'orifice de communication. 4 fois l'opération put être réalisée sans le moindre incident. Dans le cas de l'anévrysme des vaisseaux sous-claviers gauches, par contre, nous n'avons pu mener l'intervention au bout : après résection temporaire de la clavicule nous avions péniblement isolé dans un tissu particulièrement scléreux l'artère et la veine, tant en amont qu'en aval. Pour nous donner du jour, nous avons alors voulu enlever un fragment de la première côte, fracturée lors de la blessure. A ce moment se produisit une hémorragie cataclysmique qui entraîna la mort en quelques instants. Nous étions entré dans la très volumineuse poche d'un deuxième anévrysme, celui-ci purement artériel et qui intéressait la crosse de l'aorte. Les deux premières côtes, anciennement fracturées et vicieusement consolidées, le traversaient de part en part.

Un petit anévrysme artériel indépendant du premier existait également dans le cas de l'a. jugulo-carotidien. La communication siégeait juste au-dessous de la bifurcation sur la carotide primitive. Elle fut abordée à travers la veine jugulaire et facilement suturée. La veine, incisée sur son bord opposé, fut ensuite refermée à son tour. C'est alors que nous remarquâmes un deuxième anévrysme développé latéralement sur la carotide interne à quelques centimètres au-dessus de la bifurcation. Il avait le volume d'une petite noisette. Il fut traité par l'excision suivie d'une suture latérale du vaisseau. Ce malade est mort six heures après l'opération. Ne trouvant nulle autre cause, nous avons attribué le décès du malade au pentothal employé durant la deuxième partie de l'opération alors que la loco-régionale était devenue insuffisante. L'opération avait duré 2 h. 1/2. A l'autopsie état parfait de toutes les sutures sans thrombose endovasculaire.

L'anévrysme de l'iliaque externe correspondait à la variété « enkysté artériel », c'est-à-dire qu'en plus de la communication artério-veineuse il existait une grosse poche anévrysmale développée aux dépens de la paroi opposée de l'artère. A travers la veine, liée en aval et en amont, nous débarrassâmes d'abord cette poche volumineuse des caillots qui la tapissaient ; ensuite l'orifice de cet anévrysme sacciforme, long de 5 cm., fut oblitéré par deux surjets au fil de lin ; puis la communication artério-veineuse fut suturée à son tour et la suture renforcée en appliquant par-dessus la paroi veineuse. En fin d'opération le pouls artériel passait normalement et les oscillations étaient identiques des deux côtés. Tout allait bien pendant 15 jours. Il se produisit alors une hémorragie secondaire foudroyante qui nécessita une artériectomie d'urgence. Guérison sans troubles ischémiques importants avec un excellent résultat au bout de deux ans.

Les deux cas d'anévrysmes artério-veineux huméraux guérirent sans incident. La fistule siégeait une fois au milieu du bras, une fois au pli du coude. Au bout de plusieurs mois la perméabilité artérielle fut vérifiée par artériographie. La guérison se maintient après 2 ans et 1 an 1/2.

Notre sixième cas souffrait d'un anévrysme artério-veineux des vaisseaux iliaques externes juste au-dessus de l'arcade de Fallope. En Allemagne, quelques mois après la blessure, une ligature d'amont avait été faite. Un an plus tard il persistait un thrill atténué, mais net. Il n'y avait pas de répercussion cardiaque, mais des troubles ischémiques évidents au niveau du pied. En raison de l'opération antérieure l'anévrysmorraphie me parut contre-indiquée et j'ai préféré réséquer l'anévrysme jusqu'en territoire artériel sain. Prélevant ensuite un segment veineux sur la veine fémorale sousjacente, je rétablis la continuité de l'artère par cette greffe veineuse, longue de 6 cm. et qui fut suturée sans prothèse métallique. Le pouls artériel reparut dès la fin de l'opération. Plus tard la perméabilité artérielle fut vérifiée par une artériographie. Les troubles ischémiques ont disparu.

Bel exemple qui, avec d'autres du même genre, illustre ce que peut réaliser la chirurgie réparatrice des artères.

Anévrysmes artériels. — Dans cette série nous relevons un anévrysme artériel de l'axillaire. Ce fut une surprise opératoire : un de nos confrères, médecin à la première armée française et distingué psychiatre, avait été blessé lors d'un tir d'artillerie sur Strasbourg. La suture d'urgence de multiples perforations intestinales et la ligature de l'artère fémorale droite m'avaient permis de le sauver. Mais il persistait une paralysie du médian et du cubital droit par blessure haute dans l'aisselle. Trois mois plus tard je voulus procéder à la réparation de ces nerfs. Le médian était complètement sectionné, le cubital encoché, mais à ma grande surprise ces nerfs adhéraient intimement à la poche d'un anévrysme sacciforme de l'artère axillaire. La nécessité de la suture nerveuse rendait l'anévrysmorraphie impossible. L'anévrysme fut donc isolé, puis réséqué. L'artère fut suturée latéralement. Un an plus tard le vaisseau semble perméable ; mais il n'a pas pu être fait d'artériographie. En tout cas le malade ne présente pas le moindre trouble ischémique et les phénomènes paralytiques s'atténuent.

Une suture latérale transsacculaire d'un anévrysme traumatique de l'artère humérale aboutit également à un plein succès avec perméabilité ultérieurement vérifiée par l'artériographie.

Une anévrysmorraphie oblitérative fut, par contre, nécessaire chez un jeune Alsacien de la Wehrmacht qui gardait un an après sa blessure une fistule du milieu de la cuisse entretenue par un éclat d'obus. L'anévrysme artériel était évident. Il existait une volumineuse poche remplie de caillots en partie suppurés. Ceux-ci bouchaient les deux bouts de l'artère fémorale superficielle entièrement sectionnée. Ils se mirent à saigner abondamment aussitôt les caillots enlevés. Oblitération par deux surjets au fil de lin. Guérison avec disparition des troubles ischémiques.

Nous pouvons rapprocher de cette observation celle de notre dernier malade : un homme de 70 ans arrive à l'hôpital avec tous les signes d'un anévrysme spontané de l'artère fémorale au triangle de Scarpa. Il était en voie de suppuration, ainsi que l'indiquaient la température élevée et la leucocytose. L'opération en un temps me parut de ce fait dangereuse. Dans une première séance je me contentai donc de lier l'artère fémorale superficielle en amont de l'anévrysme : réduction rapide du volume de la cuisse, disparition des phénomènes généraux. Un mois plus tard j'abordai l'anévrysme et l'ouvris sans le disséquer. La poche était remplie de caillots et de pus. De nombreux vaisseaux y débouchaient ; ils furent tous oblitérés par sutures. Guérison complète contrôlée au bout d'un an.

Telle est mon expérience encore restreinte de la chirurgie conservatrice dans les anévrysmes tant artério-veineux qu'artériels. J'ai connu des échecs : 2 morts dont l'une inexpliquée n'est certainement pas due à une faute de technique, alors que la deuxième doit être attribuée à la coexistence méconnue d'un deuxième anévrysme intéressant la crosse de l'aorte que nous avons ouverte accidentellement.

Une hémorragie secondaire au bout de 15 jours nous a obligé de réséquer la zone suturée dans le cas de l'anévrysme artério-veineux iliaque externe au moment où ce cas s'annonçait comme un très beau succès. Il n'en résulte heureusement aucun inconvénient majeur pour notre malade.

Voilà nos échecs. A côté d'eux se placent 7 succès de valeur certes inégale. Mais il est permis, pour certains d'entre eux tout au moins, de se demander si les méthodes d'exérèse, autrefois en faveur, eussent donné aussi bien. Je n'en ai pas l'impression et

(1) *Discussion du rapport de M. le professeur R. Leriche* au *Congrès International de Chirurgie*, Londres, septembre 1947.

c'est là la raison pour laquelle je me suis cru autorisé à joindre ma voix à celle de ceux, nombreux entre nous, qui plaident en faveur des méthodes conservatrices dans la chirurgie des anévrysmes.

(Clinique de Thérapeutique Chirurgicale de Strasbourg, France : professeur René Fontaine).

Société française d'orthopédie et de traumatologie

XXII° RÉUNION ANNUELLE

Paris, 11 octobre 1947

Président : M. le Professeur Tavernier (Lyon)

Les opérations palliatives dans les paralysies traumatiques du membre supérieur

Rapporteurs : MM. Merle d'Aubigné (Paris) et Guilleminet (Lyon)

Ces paralysies peuvent provenir de lésions diverses des nerfs : paralysies tronculaires (n. radial, médian, cubital, musculo-cutané, circonflexe), des paralysies radiculaires supérieures ou inférieures (type Aran-Duchenne), enfin de paralysies complexes du plexus brachial.

Si l'acte réparateur direct a été impossible ou a échoué les opérations palliatives auront à faire face au membre supérieur à 5 indications principales : 1° Rétablir l'abduction du membre avec comme condition préalable la stabilisation de l'omoplate ; 2° Conservation de la mobilité du coude ; 3° Placer l'avant-bras dans une attitude favorable à l'usage de la main ; 4° Rétablir l'extension du poignet ; 5° Rétablir l'opposition du pouce.

I. *OPERATIONS PALLIATIVES POUR PARALYSIE DE L'EPAULE.*

A. Opérations fixatives.

L'arthrodèse de l'épaule faite en attitude favorable (abduction, projection en avant, rotation interne) est l'intervention de choix.

B. Opérations restauratrices.

La transplantation du faisceau claviculaire et sternal supérieur du grand pectoral sur le deltoïde, une ostéotomie humérale reportant les insertions du grand pectoral en arrière, la transplantation du court biceps et du long triceps au trapèze à travers le col chirurgical de l'humérus (Ober.) ont donné des résultats. Mais c'est surtout la transplantation du trapèze qui a été utilisée avec succès. Malgré cela les échecs sont nombreux. Sur 43 cas la commission américaine de contrôle en relève 8 très bons, 18 améliorations légères, 16 échecs.

Aussi l'arthrodèse reste-t-elle à l'épaule l'opération la plus souvent pratiquée. Cependant il faut attendre longtemps avant de s'y décider. Le maintien prolongé du membre paralysé dans un appareillage en *position de fonction* (abduction, anteposition, rotation interne) avec massage et physiothérapie, permet parfois des récupérations spontanées tardives.

Dans les grands délabrements de guerre avec perte de substance osseuse huméro-scapulaire une opération de fixation de l'épaule par implantation huméro-scapulaire est indispensable.

II. *OPERATIONS PALLIATIVES POUR LES PARALYSIES DES MUSCLES DE L'OMOPLATE.*

A. Chirurgie restauratrice des muscles scapulaires.

On a visé surtout à la réanimation du grand dentelé par la transplantation de la moitié inférieure du grand pectoral sur l'angle inférieur de l'omoplate, ou celle du grand dorsal ou grand rond sur le grand dentelé. On a obtenu quelques succès.

Les transplantations sur le trapèze se montrent sans intérêt pratique, sa paralysie complète est un obstacle absolu à toute chirurgie palliative de l'épaule.

B. Opérations fixatrices de l'omoplate.

La fixation de l'omoplate joue un rôle très important dans la fonction du membre. On a réalisé cette fixation de l'omoplate aux apophyses épineuses des vertèbres cervicales inférieures et dorsales supérieures avec des bandelettes de fascia lata, mais c'est surtout la fixation osseuse sous-costale (Pr Mathieu) et le verrouillage costal (G. Nové-Josserand, A. Rendu et W. Brunat) qui seront utilisés dans les paralysies du grand dentelé.

L'association des paralysies des muscles de l'épaule et de l'omoplate sont fréquentes. Elles nécessitent des opérations fixatrices et restauratrices portant sur les deux domaines.

III. *OPERATIONS PALLIATIVES DANS LES PARALYSIES DU COUDE.*

Ce qui importe surtout, c'est d'abord la restauration de la flexion active. La transplantation du grand pectoral sur le biceps est bien moins utilisée que l'excellente opération de Steindler : transposition de l'insertion des muscles épitrochléens sur la diaphyse humérale. Cette intervention a donné à son auteur 70 % de bons résultats.

L'arthrodèse du coude n'est pas employée car la paralysie du coude est rarement isolée et se voit surtout chez de grands paralysés, Il y a tout intérêt à conserver la mobilité du coude et à prescrire un appareillage mobile du coude, avec verrou commandé par came et fil d'acier, avec ou sans biceps artificiel (ressort à boudin). D'ailleurs ici comme à l'épaule l'appareillage prolongé peut dans certains cas faciliter la reprise d'une certaine force musculaire chez les grands paralytiques, chez lesquels la stabilité du membre comporte une arthrodèse de l'épaule et du poignet, la conservation des mouvements du coude s'impose et, selon la remarque de la Commission américaine d'enquête, il faut arthrodéser l'épaule en abduction à 90° et rotation interne à 40 ou 45°. De cette manière la flexion-extension du coude se passe dans un plan horizontal, dans l'obstacle de la pesanteur.

IV. *PARALYSIES DE LA PRO-SUPINATION.*

Chez les paralysés du membre supérieur les contractures fixent le plus souvent l'avant-bras en demi-pronation, position favorable. Dans le cas contraire, il y a lieu de chercher à obtenir cette position par des ténodèses, des insertions musculaires et surtout au moyen d'une ostéotomie du radius au tiers inférieur.

V. *OPERATIONS PALLIATIVES POUR PARALYSIES DES EXTENSEURS DU POIGNET, DE LA MAIN ET DES DOIGTS.*

A. Opérations de fixation de l'articulation du poignet.

L'arthrodèse à 20° d'extension est l'intervention de choix, on la pratique, après dénudation de l'interligne, par implantation d'un greffon dans le carpe et le radius.

B. Transplantations tendineuses.

La conservation de la mobilité du poignet est naturellement supérieure à l'arthrodèse. Les transplantations tendineuses le permettent dans certains cas. C'est l'opération de R. Jones : transplantation au 1/3 moyen de l'avant-bras du rond pronateur sur les *deux* radiaux (et non sur un seul), qui semble donner les meilleurs résultats.

C. Restitution de l'extension des quatre doigts internes et du pouce.

La transplantation du cubital antérieur sur les tendons extenseurs des doigts constitue l'intervention classique pour restituer l'extension de quatre doigts internes. « L'abduction du pouce doit être traitée séparément en fixant sur les tendons long abducteur et court extenseur le tendon plus petit palmaire ou, s'il est absent, un fléchisseur superficiel. »

Le grand palmaire doit être conservé en place comme stabilisateur de la main.

Si les muscles destinés à être transplantés sont déficients, on commencera par une arthrodèse du poignet qui permettra ensuite d'utiliser les tendons des fléchisseurs et extenseurs du poignet pour la transplantation sur les extenseurs des doigts et abducteur du pouce. « Le mouvement d'opposition du pouce, dont la perte

constitue la séquelle la plus grave et la plus fréquente des paralysies du médian, peut être corrigé soit en fixant le pouce en opposition par arthrodèse ou greffe intermétacarpienne, soit en fabriquant un muscle opposant aux dépens d'un muscle superficiel ou du cubital antérieur, en le faisant réfléchir au niveau du pisiforme et en le fixant à la base de la première phalange du pouce. » Le muscle transposé, le plus souvent trop court sera allongé avec le tendon du petit palmaire ou mieux celui du court extenseur du pouce.

Dans la paralysie radiale, les transplantations tendineuses par les diverses méthodes, et en particulier par la technique personnelle de M. Merle d'Aubigné, donnent des résultats excellents avec récupération totale de l'extension du poignet et des doigts. Aussi, dans la section du nerf, certains auteurs ont préconisé leur emploi, avant d'attendre le résultat de la suture nerveuse. Celle-ci, qui donne de 50 à 80 % de récupération fonctionnelle dans les blessures de guerre, doit toujours être pratiquée. C'est seulement dans les pertes de substance supérieures à 6 centimètres et les lésions de plus d'un an sans aucune récupération, que les transplantations sont envisagées. Il en sera de même dans les cas très infectés avec ostéite de l'humérus.

***

Au total, surtout chez les grands paralysés du membre supérieur, à la racine du membre, la motilité doit être sacrifiée à la stabilité ; au coude au contraire la motilité doit être respectée au moyen d'un appareillage. S'il n'y a pas moyen de faire autrement au poignet et aux doigts, on doit chercher à conserver ou rétablir la motilité par des transplantations musculaires.

Chez les grands paralysés n'ayant conservé qu'un peu de flexion des doigts, la fixation de l'épaule, l'appareillage du coude, l'arthrodèse du poignet et la fixation du pouce en opposition établissant une pince avec les deux premiers doigts, transforme la vie du blessé.

Les rapporteurs se plaignent de la méconnaissance de ces possibilités à en juger par le petit nombre de ces paralysies qui sont adressées au chirurgien dans le but d'une thérapeutique restauratrice.

Discussion du rapport

Le professeur P. Mathieu (Paris) insiste sur l'importance de la restitution de l'opposition du pouce et de la difficulté d'obtenir une attitude parfaite. Il a pratiqué l'arthrodèse par greffon intermétacarpien. Pour être sûr d'avoir une bonne attitude il pratique maintenant une fixation d'attente avec un gros crin entre la tête du métacarpien et le pisiforme serré jusqu'à l'attitude parfaite. Quand le malade s'est servi de sa main et est satisfait on pratique l'arthrodèse dans un 2e temps.

M. Michel Salmon (Marseille). — Chez un enfant de 8 ans qui présentait une gangrène totale des muscles externes de l'avant-bras y compris les radiaux suite de l'application d'un garrot laissé deux heures en place, il a pu sept ans après obtenir un excellent résultat (extension complète du poignet et des doigts) par la greffe du cubital antérieur sur les extenseurs des doigts, extenseur et long abducteur du pouce.

Traitement opératoire des pseudarthroses du col du fémur

Rapporteur : M. Pierre Lance (Paris)
avec la collaboration de M. Ch. Rocher (Bordeaux)

Malgré le perfectionnement apporté dans le traitement des fractures du col du fémur par l'enclouage, les pseudarthroses existent toujours parce qu'il y a des cas de fracture méconnue et aussi parce que, malgré un traitement rigoureux il existe des cas qui ne consolident pas. A quel moment une fracture non consolidée devient-elle une pseudarthrose ? On ne peut le fixer de manière précise. La pseudarthrose est créée le plus souvent par le déplacement progressif des fragments. Celui-ci est dû dans 16 % des cas de la statistique du professeur Mathieu à des *troubles de vascularisation* se traduisant surtout par la nécrose de la tête fémorale. La résorption du col joue un rôle bien moins important. Enfin il faut faire entrer en ligne de compte la *défection de la réduction et de sa contention.* C'est leur perfection qui constitue la meilleure prophylaxie de la pseudarthrose.

***

Le traitement de la pseudarthrose comporte l'étude de procédés multiples et de valeur très inégale.

I. *PROCEDES VISANT A OBTENIR LA CONSOLIDATION DU FOYER DE PSEUDARTHROSE.*

A. Réduction du foyer de pseudarthrose suivie de fixation.

1° Dans certains cas non réduits et traités, s'il n'y a pas de résorption du col et de nécrose de la tête, on peut, comme l'a préconisé surtout Bohler, réduire et enclouer comme une fracture fraîche. Il semble plus sûr de pratiquer un avivement intra-articulaire du foyer avant d'enclouer ;

2° Réduction suivie de greffe osseuse tibiale ou péronière soit par voie extra-articulaire ou par avivement intra-articulaire du foyer de pseudarthrose. C'est la méthode préconisée il y a quarante ans par Pierre Delbet et Dujarier. Pratiquée encore aux U. S. A. En particulier à la Mayo clinic, cette technique donne un pourcentage élevé d'échecs, malgré un choix sévère des malades (un sur dix).

B. Opérations plastiques intra-articulaires.

Ces interventions visent à obtenir une consolidation du foyer soit en recourant à un avivement à ciel ouvert des fragments taillés de manière à les intégrer solidement l'un dans l'autre (opérations de Brackett, Magnuson), soit en déterminant une horizontalisation des surfaces avivées que l'on maintient en contact au moyen d'une prothèse métallique (opération de Luck, Merle d'Aubigné). Les 3 statistiques de Magnuson, Rowe et Ghormley, Merle d'Aubigné, réunissent 90 cas avec 4 morts — 62 cas bons (68 %) avec récupération fonctionnelle satisfaisante, 24 résultats médiocres ou échecs dus surtout au mauvais état de la tête fémorale. Le bon état de la tête fémorale constitue la condition essentielle de la réussite.

C. Ostéotomie de Pauwells.

Elle a pour but en rendant horizontal le foyer de fracture d'en faciliter la consolidation. Les résultats n'ont pas répondu aux espoirs fondés sur cette méthode qui tend à tomber dans l'oubli.

II. *PROCEDES RENONÇANT A OBTENIR LA CONSOLIDATION DU FOYER DE PSEUDARTHROSE.*

Ces méthodes visent à obtenir l'appui autrement que par l'intermédiaire du foyer de pseudarthrose.

A. Résections arthroplastiques.

Classiques depuis les travaux d'Albee, R. Whitman, P. Mathieu ; elles nécessitent la conservation d'un moignon du col suffisant pour accrocher le cotyle.

Dans le cas de brièveté du col, Colonna y obvie en introduisant le grand trochanter dénudé dans le cotyle et réinsère les muscles trochantériens sur la diaphyse fémorale. Récemment Smith Petersen a introduit une technique consistant à coiffer le moignon de col d'un cupule de métal. On allonge ainsi le col et on empêche la formation d'adhérences dans la néo-articulation. La technique de Colonna employée dans 121 cas a donné 60 % de résultats excellents, bons dans 22 %, médiocres dans 5 % et 5 échecs complets. 35 arthroplasties selon la méthode Smith Petersen ont fourni 85 % de bons résultats fonctionnels avec une mobilité excellente. Mais il y a eu divers incidents obligeant parfois à l'ablation de la cupule, des déplacements de celle-ci et une mort par infection.

La statistique de résection arthroplastique pour pseudarthrose du professeur Mathieu porte sur 63 cas, sans mortalité. Sur 50 cas revus à distance, 78 % ont un résultat bon ou excellent. L'amélioration de la motilité est parfois très tardive, après 4 ou 5 ans. L'accident le plus grave après la résection arthroplastique ou l'opération Colonna est la luxation ou subluxation du moignon cervical hors du cotyle. Elle n'est pas sans remède : 5 fois le professeur Mathieu fit une butée ostéoplastique, secondaire 3 fois et 2 fois en même temps que la résection. Smith Petersen a agi de même chez deux opérés.

Ces interventions peuvent être pratiquées chez des malades âgés, car l'immobilisation plâtrée n'est que de quatre semaines. C'est un des procédés les plus sûrs avec les résultats les plus constants quand l'indication a été régulièrement posée.

B. Les ostéotomies.

Elles ont pour but de modifier la statique du membre inférieur en créant un nouvel appui au bassin. Elles tendent à devenir une opération « de routine » dans les services non spécialisés.

La section est faite en face du bord inférieur du cotyle, et le fragment inférieur est poussé en dedans avec abduction plus ou moins marquée. Après consolidation « le fémur calé sous la tête ne peut théoriquement remonter ». C'est l'ostéotomie « en console » fournissant un appui à la fois sur les deux fragments céphalique et trochantérien.

L'expérience a montré qu'il y a intérêt à faire une angulation nette par bascule en dehors du fragment trochantérien et à fixer cette angulation soit par plaque coudée vissée, soit par fils d'acier, prothèse externe, etc.

Une radio de profil avant l'opération précise les rapports des deux fragments. Si le fragment diaphysaire a glissé derrière la tête du fait de la rotation externe du membre, une angulation antéro-postérieure est indispensable. Ces interventions ne donnent pas que des succès : sur 39 ostéotomies du service du professeur Mathieu, 29 ont été revues avec 14 très bons résultats, 9 bons et 6 échecs. Les causes d'échecs, en dehors des erreurs de technique, sont dues à ce que ces interventions sont faites surtout chez des gens âgés, grabataires depuis des mois et des années ou à une erreur d'indication (tête nécrosée, pseudarthrose très lâche). La non consolidation du foyer (10 à 20 % selon les statistiques) n'entraîne pas d'impotence absolue.

Les inconvénients de la méthode résident dans la durée indispensable d'immobilisation plâtrée et la limitation importante des mouvements de la hanche.

C. L'Arthrodèse.

Considérée comme un pis-aller à cause de la longue immobilisation nécessaire, elle semble appelée à un meilleur avenir avec la fixation par clou. Celle-ci, sans ankylose absolue, stabilise suffisamment la hanche pour permettre la marche.

Indications thérapeutiques

Certaines pseudarthroses très serrées, indolores, chez des sujets âgés ne comportent aucun traitement.

Après 70 ans, si la station debout est possible et les douleurs minimes, l'intervention est à déconseiller, sauf des cas favorables où la réduction avec enclouage peut être tentée.

Certaines fractures pathologiques, chez les tabétiques par exemple, justifient la résection arthroplastique (3 cas, Pr Mathieu).

Ces cas mis à part, trois facteurs dominent le choix de la thérapeutique.

A. Ancienneté de la pseudarthrose.

I. *Pseudarthroses récentes*. — Si la réduction peut être obtenue, l'enclouage est légitime. Sinon, chez les sujets encore jeunes, la réduction à ciel ouvert précède l'enclouage et chez le sujet plus âgé (60 à 65 ans) la résection arthroplastique.

II. *Pseudarthrose ancienne*. — Si la tête fémorale est de vitalité mauvaise ou douteuse, la résection, complétée ou non par une butée, s'impose. Si la tête est atrophiée et les fragments à distance, une opération dans le foyer (Luck, Merle d'Aubigné) ou une résection est indiquée.

III. *Pseudarthroses très anciennes* flottantes avec disparition complète du col et tête atrophiée, l'arthrodèse au clou pourrait rendre service.

Enfin on peut se trouver en face d'une *pseudarthrose après enclouage*. Si celui-ci a été correct, la réduction bonne, l'ablation du clou peut être suivie d'ostéotomie ou de résection arthroplastique. Si l'enclouage a été incorrect et la lésion encore réduite, l'enclouage peut être recommencé à ciel ouvert — ou une ostéotomie pratiquée —. Si la lésion est ancienne on a le choix entre l'ostéotomie ou la résection.

Discussion du rapport

M. Ugo Camera (Turin) pratique depuis dix ans dans les pseudarthroses l'ostéotomie inter ou sous-trochantérienne avec projection du fragment diaphysaire en dedans par suppression du col fémoral, le fémur est transformé en humérus, c'est l' « huméralisation » fémorale. Pour éviter la diminution de l'abduction pendant la confection du plâtre, on exerce par des bandes une traction vers le dehors et une deuxième vers le bras, bandes prises dans le plâtre.

Professeur Mathieu (Paris). — On a affaire à des cas très disparates. Certains ne sont pas à opérer. L'auteur a peu employé les opérations reconstructives parce qu'elles peuvent présenter des échecs. On a surtout le choix entre l'ostéotomie et la résection. Pour l'ostéotomie une cause d'échec que montrent les radios de profil, c'est la déviation du moignon du col derrière la tête (Delbet). Ces cas doivent être réséqués. Le maintien de l'abduction dans l'ostéotomie est obtenu par des plaques coudées vissées. La résection arthroplastique est l'opération de choix chez les sujets jeunes, dans les pseudarthroses récentes n'ayant pas encore de sclérose périarticulaire.

M. Robert Sœur (Bruxelles). — Les fractures du col diffèrent beaucoup de gravité selon que le bec osseux du col tient au fragment proximal (réduction difficile) ou au fragment distal (réduction facile).

Dans la pseudarthrose, si on cherche à faire un enclouage à travers le foyer, si le bec est proximal, on a un mauvais pronostic, tandis qu'il est bon dans le cas de bec distal et si la tête fémorale ne présente pas d'altération. Dans ce cas après enclouage, on pourra faire une greffe au-dessous du clou.

Dans le cas de résorption du col sans lésions de la tête l'ostéotomie est indiquée.

S'il y a résorption du col et lésions de la tête une opération palliative peut seule être indiquée.

M. Trèves (Paris) plaide en faveur du traitement par plâtres des fractures du col. Le tout réside dans la qualité de la réduction. Dans les pseudarthroses les douleurs sont dues à la rotation externe et adduction du membre. On y remédie par l'ostéotomie intertrochantérienne qu'il a été le premier à pratiquer en France. La mise en abduction de la diaphyse sous la tête donne l'appui « en console ». La nécrose de la tête n'est pas une contre-indication.

Après l'ostéotomie on peut voir la tête se recalcifier.

M. Merle d'Aubigné (Paris) a traité 80 cas de pseudarthrose, mais ne peut faire état des résultats éloignés que dans 72 cas. Un premier groupe comporte un enclouage par voie externe. On a de bons résultats si la tête est vivante et si on a obtenu une bonne réduction sur broche.

En cas de nécrose de la tête, la résection s'impose (12 ob.) sauf un cas fait trop âgé, tous vont bien, ne souffrent plus, mais la plupart marchent avec des cannes.

Le 3e groupe comporte les ostéotomies. Il y a eu plusieurs échecs dus au déplacement de la diaphyse dans le plâtre. Pour y remédier l'auteur creuse le grand trochanter et y enfonce le bout de la diaphyse et fixation au fil d'acier. Malgré cela quelques échecs par persistance de la rotation externe et limitation étendue des mouvements. La nécrose de la tête contre-indique l'ostéotomie.

Dans 14 cas où la tête très mobile glisse sur le moignon cervical, l'auteur pratique la résection plastique du col horizontalisant le trait de fracture. Dans 14 cas anciens et graves, il n'a observé que 2 échecs.

P. Leveuf (Paris) rappelle les beaux résultats obtenus dès 1929 par Pierre Delbet par l'enclouage sous-arthrotomie des pseudarthroses. Sur 30 cas, il a obtenu 90 % de bons résultats.

G. Huc (Paris), depuis 1933, a eu à soigner plus de 50 cas d'échecs après enclouage de fractures du col.

Pour remédier à adduction et rotation externe, il pratique une ostéotomie très irrégulière avec un ciseau étroit et engrène les deux fragments — en abduction — et fait lever les malades dans le plâtre dès le 8e, 5e, parfois 3e jour.

Quant à la nécrose de la tête, on manque de tests pour l'affirmer. La radio ne suffit pas, c'est surtout la douleur la nuit, sans intervention d'aucun mouvement qui est probante. La douleur ne cesse que par l'ablation de la tête, suivie d'ostéotomie.

(A suivre.)

XLIe Congrès français d'Urologie

Le Congrès français d'Urologie s'est ouvert le 6 octobre dans le petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine, sous la présidence de M. Perrin (de Lyon), et la vice-présidence de M. Fey (de Paris). Dans l'assemblée, très nombreuse, on remarquait la présence de MM. E. Michon, O. Pasteau, le professeur Chevassu, Heitz-Boyer, Lavenant, Gouverneur, Baumgartner et Leriche, MM. Louis Michon et Delinotte, rapporteurs. MM. Dossot, de Beaufond, les professeurs Chauvin (de Marseille), Jeanbrau et Truc (de Montpellier), Foret, Mingers (de Bruxelles), Perrier (de Genève).

Après l'allocution de M. le président Perrin, et le rapport du secrétaire général M. Louis Michon, le congrès a abordé la question à l'ordre du jour.

La papillomatose vésicale

MM. Louis Michon et Delinotte, rapporteurs, ont résumé leur remarquable rapport sur cette question.

Dans un louable dessein de ne négliger aucun problème pratique, les rapporteurs ont compris sous cette dénomination, tous les papillomes vésicaux, localisés aussi bien que diffus, sans consentir à séparer papillomes et papillomatose, bénins aussi bien que malins. L'étendue d'un tel sujet ni l'importance, pas plus que le nombre des problèmes thérapeutiques soulevés, n'ont fait reculer les rapporteurs qui ont réussi une mise au point entièrement satisfaisante de l'acquis et du perfectible.

La fréquence dans les deux sexes des papillomes en fait, surtout mais non exclusivement entre 30 et 50 ans, un des chapitres importants de la chirurgie urinaire. La pathogénie en demeure pourtant imprécise encore : agents parasitaires, virus cancérigènes peuvent entrer en ligne aussi bien que l'action irritante de certaines substances chimiques, quel qu'en soit le mode de pénétration. Aucune conclusion générale n'est encore permise cependant.

L'anatomie pathologique de cette affection est actuellement suffisamment connue pour qu'on soit frappé de bien des analogies avec la polypose recto-colique : toutes deux présentent d'analogues polypes tantôt isolés, tantôt disséminés ou même un analogue processus de polypose diffuse.

Histologiquement aussi on relève une parenté sans doute plus qu'apparente : multiplicité des papillomes dits bénins (fibro-épithéliomes des Américains et des Allemands) ; papillomes franchement malins à des degrés divers (épithéliomas papillaires). L'infiltration du chorion par des îlots cellulaires est ici également un signe certain de malignité et qu'on rencontre aussi bien dans les formes localisées que dans les diffuses. L'homogénéité histologique dans les divers points d'une même lésion ne saurait en aucun cas être escomptée. Si, comme l'a dit Delarue, on peut sans risque d'erreur assurer la malignité, on ne peut jamais assurer la bénignité. Tout comme dans la polypose rectale, il faut aussi toujours compter avec un potentiel latent de malignité que l'évolution seule permettra de mesurer.

La biopsie, préopératoire est donc infidèle ; la biopsie extemporanée lors de l'intervention possède au contraire une fidélité assez constante pour rendre nécessaire auprès du chirurgien la présence d'un histologiste compétent ; de même un matériel radifère approprié ne devra jamais être oublié dans l'instrumentation.

Si la réalité de greffes n'est pas unanimement admise, la transformation en cancer est une possibilité incontestée ; c'est la traduction statistique et clinique du potentiel latent de malignité.

Cliniquement, c'est l'hématurie qui est le fait cardinal ou même le seul symptôme notable après lequel les étapes du diagnostic ne sont plus qu'étiologiques. La cystoscopie est dès lors une indication impérieuse mais dont on ne doit attendre aucune garantie pronostique, fût-elle complétée d'une biopsie. Cystographie et stéréocystographie peuvent rendre de grands services.

Les papillomes vésicaux sont essentiellement récidivants : récidives vraies survenant après une longue période de guérison apparente ; fausses récidives plus précises, continuation réelle du processus après exérèse incomplète, ou inévitable méconnaissance de lésions purement histologiques lors de l'intervention. La récidive *in situ* après une destruction complète est une signature de malignité.

Le pourcentage total des récidives varie entre 10 et 35 % ; les auteurs s'accordent à voir dans la taille un procédé préférable à l'électrocoagulation quant à la solidité des résultats. Le siège de la lésion et la facilité d'un examen histologique pertinent en sont des raisons évidentes.

Le passage d'une forme localisée à une forme diffuse, la transformation réelle en cancer ne sont pas des faits rares ; mais le plus souvent il s'agit en réalité de la continuation d'un processus histologiquement malin dès l'origine et trop souvent masqué par des lésions bénignes prépondérantes.

On peut aussi voir des arrêts d'évolution ou des régressions spontanés.

La papillomatose pyélo-uretérale est aussi rare qu'est fréquente la papillomatose vésicale. Elles peuvent cependant coexister parfois, sans doute sous l'influence du terrain plutôt que par une propagation de voisinage.

Les traitements de la papillomatose vésicale sont nombreux ; seul le spécialiste est apte à choisir celui qui est approprié à chaque cas. Les résultats demeurent variables qu'on fasse appel à la destruction par voie endoscopique par courants de haute fréquence ou à l'exérèse chirurgicale, aux cystectomies circonscrites ou étendues, aux radiations ou à toute autre méthode. Une surveillance attentive durant des mois après l'intervention est une absolue nécessité. La même adaptation au cas d'espèce et la même souplesse tactique sont de mise dans les traitements itératifs ainsi qu'au début de l'action chirurgicale.

Cet important rapport résume l'analyse et la médication de près de cent observations nouvelles de diverses origines s'ajoutant à une étude de la littérature internationale qu'une importante bibliographie qui ne comprend que des travaux récents complète là où les travaux classiques demandent à être complétés.

L'intérêt du sujet a donné naissance à une vivante discussion à laquelle, avec de nombreux urologistes français de Paris et de province ont pris part de nombreux confrères étrangers parmi lesquels nous devons mentionner les professeurs Stobbaerts et Mingers (Bruxelles) et le Dr Perrucci (Bologne).

Les trois dernières séances du congrès ont apporté plus de soixante communications, de la plus grande variété. Ici encore la participation suisse, belge, tchécoslovaque, roumaine a témoigné de la place que grâce à sa vitalité, l'Association française d'Urologie a su s'assurer au delà de nos frontières.

R. L.

ÉPIDEMIOLOGIE

Poliomyélite. — M. Ch. Dopter. *Paris Médical*, 4 octobre 1947.

L'auteur présente un bref commentaire de travaux récents et d'observations de récentes épidémies. En divers départements de France et en divers pays étrangers, en effet, ont apparu des foyers de poliomyélite ; les conceptions les plus récentes (Levaditi, Lépine, Kling) quant à l'étiologie et à la pathogénie de l'infection y ont trouvé confirmation.

Il y a deux voies de contamination : voie respiratoire, voie digestive. Les épidémies paraissent plus fréquentes au cours du printemps et de l'été ; le contage printanier paraît se faire plutôt par voie respiratoire ; le contage d'été est d'origine hydrique et se fait par voie respiratoire.

Les caractères cliniques que se sont attachés à préciser les récentes études (Laruelle et Mlle Beumont, Debré et Tieffry) ont également reçu confirmation dans les épidémies de ces dernières années. L'épidémie de Belgique (1946) comme l'actuelle épidémie de Berlin, s'est distinguée par la fréquence des troubles respiratoires sur l'importance et la difficulté de diagnostic desquels ont si bien insisté Debré et Thieffry. Les séquelles respiratoires ont été nombreuses, même pendant la convalescence et des autopsies ont permis de constater l'importance des lésions médullaires et bulbaires. Dans les formes frustes qu'il faut savoir soupçonner malgré leur apparence banale, les caractères cytologiques du liquide céphalo-rachidien sont de la plus grande importance. Ils doivent être recherchés dès le début de la maladie et peuvent mettre sur la voie pour un diagnostic précoce. L'épidémie de Montluçon en 1943 avait déjà montré leur importance.

Quelques cliniciens américains ont essayé le curare, mais la valeur des résultats donne peu d'espoir quant aux bienfaits à espérer d'une méthode dont les dangers sont réels. R. L.

Le choléra en Egypte. — Nous n'avons pas encore de renseignements précis sur l'épidémle de choléra extrêmement grave qui sévit en Egypte depuis près d'un mois.

Les dernières informations indiquent que l'épidémie s'étend rapidement. Un communiqué officiel, reproduit par les quotidiens, annonce que le 18 octobre on comptait 733 cas nouveaux et 308 décès. Css chiffres augmentent d'une façon alarmante.

L'épidémie a gagné Alexandrie et la côte de la Méditerranée. Des mesures de prophylaxie ont été aussitôt prises par les autorités sanitaires pour essayer de protéger d'autres pays méditerranéens. Les navires ayant touché Alexandrie ont été mis en surveillance, un cas de choléra a été constaté sur un bateau anglais ramenant des troupes de Palestine. Il a été mis en quarantaine à Famagouste (Chypre).

Des doses importantes de vaccin ont été envoyées en Egypte. Dès le début, l'Institut Pasteur de Paris, celui de Tunis ont fait des envois massifs. Il en a été de même de la part de l'Institut de Berne, de la part des U. S. A. et récemment de la Turquie.

La vaccination contre le choléra est exigée à Marseille pour tous les navires ayant touché l'Egypte. Air-France avait déjà pris cette mesure depuis longtemps et les avions d'Extrême-Orient ont été détournés vers Beyrouth-Bassorah dès le début de l'épidémie.

On annonce d'autre part que le choléra a fait son apparition aux Indes. Dans les camps de réfugiés de la Nouvelle-Delhi, on aurait constaté 427 cas, dont 4 mortels.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Séance du 14 octobre 1947

Rapports. — M. Fabre. — 1° Sur le classement de Banyuls-sur-Mer comme station climatique ; 2° sur des autovaccins ; 3° sur l'inscription au tableau C de l'acide thiolglycolique ; 4° sur les pâtes phosphorées.

Sur un cas de poliomyélite mortelle avec troubles respiratoires ayant nécessité un séjour de trois mois et demi dans un « poumon d'acier ». Etude anatomique des lésions. — MM. Guillain et Ivan Bertrand. — Les cas de poliomyélite aiguë avec troubles respiratoires bulbaires nécessitant un séjour de plusieurs mois en « poumon d'acier » sont presque toujours mortels. Les services que rend l'appareil sont indiscutables si les lésions sont réversibles, le déficit fonctionnel transitoire est comblé ; si les lésions sont destructives et irréversibles la mort est différée mais inévitable.

Les auteurs apportent l'examen anatomlque d'un de ces cas, document princeps en la matière. Les lésions ont pour particularité leur énorme extension en hauteur, leur diffusion aux cordons postérieurs et plus encore à la substance blanche des cordons antérolatéraux, la présence d'une plaque étendue de leuco-myélite amyélinique pauvre en cylindraxes dans la région dorsale. Il paraît vraisemblable qu'en prolongeant la vie on a permis à l'ultra-virus de cultiver plus longtemps dans les centres nerveux.

Discussion : MM. Lhermitte, Guillain, Benard.

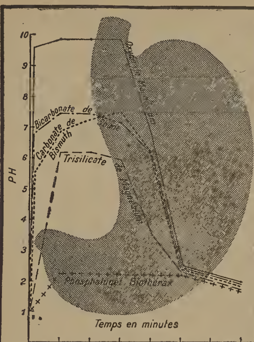
Nouvelles recherches concernant le rôle des deux acides nucléiques dans la constitution cytologique des bactéries et leur physiologie. Le problème du noyau bactérien (avec projections). — MM. Boivin, Tulasne et Vendrely. — En combinant l'action des enzymes ribonucléasc et désoxyribonucléase et la coloration au Giemsa il est possible de mettre en évidence le noyau de nombreuses bactéries, bacilles et cocci, noyau qui est à base d'acide désoxyribonucléique. On peut y voir des figures évidentes de division. Le noyau est logé au centre d'un cytoplasme chargé d'acide ribonucléique. L'état courant des bactéries est sans doute représenté par une forme haploïde à un seul chromosome capable de se multiplier par division asexuée ; une phase diploïde très brève et exceptionnelle expliquerait la sexualité occasionnelle des bactéries dont les généticiens américains viennent de prouver l'existence.

Notes de radiologie clinique sur les pyopneumothorax partiels. MM. Mattei, Tristani et Barbe. — De tels cas ne sont pas exceptionnels puisqu'en trois ans il a été observé 20 pyopneumothorax partiels sur 153 malades. Le diagnostic précis en est important puisque la pénicilline injectée précocement dans la cavité peut guérir le malade, même sans évacuation du pus. Le lipiodol dirigé permet toutes les précisions nécessaires quant aux caractères des lésions et à l'existence de trajets fistuleux.

Possibilité d'intercepter les vaso-constricteurs des membres supérieurs sans toucher au ganglion étoilé. — M. Danielopolu. — Il s'agit de la section des nerfs qui sortent du ganglion étoilé et forment le plexus périvasculaire de la sous-clavière et de celle de tous les rameaux communicants se rendant au plexus brachial et du nerf vertébral. On épargne ainsi les nerfs sympathiques du myocarde et des coronaires. Cette opération paraît indiquée dans les affections vasculaires du membre supérieur (artérite oblitérante, maladie de Raynaud).

Recherches sur la transmission de l'immunité de la mère au jeune chez une espèce à « placenta » épithélio-chorial. — M. Lemetayer. — Dans ces espèces l'immunité peut se transmettre par voie diaplacentaire mais elle est surtout colostrale. Elle est ensuite entretenue par l'ingestion du lait. On peut ainsi protéger les poulains de juments vaccinées contre le tétanos ombilical et contre les autres manifestations pendant 30 à 55 jours. Cette immunité apparaît dès les premières ingestions de colostrum ; en 24 heures l'immunité du jeune égale celle de sa mère. Mais le titre antitoxique du colostrum s'abaisse très vite.

Il est donc recommandé d'immuniser contre le tétanos les juments poulinières et de faire une injection de rappel à la fin de chaque gestation. L'immunité chez le jeune peut donc être précoce et persistante mais il est indispensable de lui assurer l'absorption du colostrum et surtout du premier colostrum.



Courbes comparées des modifications du pH gastrique produites par divers agents médicamenteux.

Le pH le plus favorable pour l'inactivation de la pesine est celui qu'on obtient par le PHOSPHALUGEL BIOTHÉRAX.

C'est le type du pansement gastro-duodénal dont l'emploi peut être prolongé sans aucun inconvénient.

PHOSPHALUGEL BIOTHÉRAX

58, rue du Landy - LA PLAINE-St-DENIS (Seine)

ÉTAT SABURRAL
DES VOIES DIGESTIVES

SABURRASE

GRANULÉ SOLUBLE

INSUFFISANCE HÉPATOBILIAIRE
DYSPEPSIES - CONSTIPATION
INTOXICATION GÉNÉRALE

Laboratoires PÉPIN & LEBOUCQ
COURBEVOIE (Seine)

BOLDINE HOUDÉ

GRANULES
TITRÉS
à 1 milligramme

50 GRANULES TITRÉS
BOLDINE HOUDÉ

3 à 6 par jour

FOIE

ICTÈRE
LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION DU FOIE
HYPERTROPHIE DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE

Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

Philippe Pagniez
(1873-1947)

Rien ne pouvait me causer plus de peine que d'écrire aujourd'hui ces lignes sur l'ami très cher que nous venons de perdre. Nous étions étroitement liés depuis le début de notre internat et nous avions, pendant près de dix ans, poursuivi ensemble des recherches hématologiques, nous retrouvant chaque jour au laboratoire des travaux pratiques de physiologie de la Faculté de Médecine.

Les belles recherches de Metchnikoff, de Bordet et d'Ehrlich venaient de susciter dans notre génération un véritable enthousiasme : Pagniez était un des plus ardents parmi nous. Ses qualités personnelles s'étaient développées auprès de ses maîtres d'internat, Lucas-Championnière, Thiberge, Chauffard et Déjérine et avaient fait de lui un clinicien de valeur, rompu par surcroît à toutes les techniques de laboratoire que son adresse peu commune lui rendait faciles.

Pendant son internat même, avec notre si regretté ami, Jean Camus, Pagniez avait réalisé d'intéressantes recherches sur les propriétés hémolysantes du sérum humain et sur les hémoglobinuries, puis rassemblé dans sa thèse (1902) une véritable somme des connaissances alors acquises sur ce sujet.

Deux ans plus tard, Jean Camus et Pagniez publiaient, sous le titre « Isolement et psychothérapie », un travail d'ensemble sur la méthode de traitement des psycho-névroses, telle que l'avait institué, dans son service de la Salpêtrière, leur maître le professeur Déjérine.

Ce fut ensuite la reprise des recherches hématologiques : la réalisation d'une technique d'isolement des plaquettes sanguines, puis la préparation d'un sérum anti-plaquettes permettant tout un ensemble de recherches nouvelles sur l'origine des plaquettes et leur rôle dans la coagulation du sang, la rétraction du caillot et la rénovation sanguine.

Nommé médecin des hôpitaux en 1911, Pagniez commença ses recherches sur l'anaphylaxie alimentaire et sur l'anti-anaphylaxie digestive, qui, poursuivies avec Pasteur Vallery-Radot, avec Nast, devaient aboutir à une thérapeutique efficace de l'urticaire et des migraines.

La guerre de 1914 suspendit son activité scientifique. Séparé de ses proches par l'invasion. Pagniez fit à l'armée toute la campagne, jusqu'à la victoire. Médecin consultant de la Xe armée, il avait pu observer un grand nombre de spirochétoses ictérigènes, et publier, avec J. de Léobardy, d'intéressantes remarques sur cette affection.

En 1919, Pagniez devint chef de service à l'hôpital Saint-Antoine ; il devait y rester jusqu'à l'âge de la retraite. C'est là qu'il poursuivit ses originales études cliniques et expérimentales sur l'épilepsie et démontra en particulier, avec Plichet, Salles et Laplace, l'action du parasitisme cutané dans la production de l'épilepsie de Brown-Séquard du cobaye.

Son activité ne se bornait pas à ces recherches : Il avait, dans un volume sur « l'Epilepsie », paru en 1929, donné un aperçu exact de l'état, à cette époque, des problèmes que soulevaient la pathogénie et le traitement de l'épilepsie. D'autre part, il publiait, dans « La Presse Médicale » dont il était un des directeurs scientifiques des « Mouvements médicaux » ; il savait y rendre accessibles à tous les questions nouvelles qui l'intéressaient particulièrement.

Cette rapide et forcément incomplète revue des travaux de Pagniez en montre bien cependant l'importance. Tous sont marqués d'un même souci de n'avancer rien qui ne soit absolument assuré et cette rigoureuse probité scientifique, qui répond si bien au caractère de l'homme, relève encore la valeur de son œuvre.

Grand et mince, d'une distinction naturelle que soulignait une discrète élégance, Pagniez avait un abord un peu froid et réservé, que sa myopie accentuait encore ; mais sa parfaite courtoisie et la bienveillance de son sourire faisaient vite oublier cette première impression.

Son esprit très cultivé, ouvert à toutes les nouveautés, un sens critique très juste, donnaient à sa conversation un attrait particulier. Son caractère droit et loyal, qui pouvait paraître sévère à ceux qui le connaissaient peu, l'apparentait très exactement à « l'honnête homme » tel qu'on l'entendait au XVIIe siècle.

Il était un appui très sûr pour ses amis, pour ses élèves, toujours prêt à rendre service, s'intéressant à la jeunesse, aux enfants de ses amis, et plus encore peut-être à ceux qu'une mort prématurée avait privés de leur père.

Les honneurs, que dans sa modestie il ne recherchait pas, étaient venus tout naturellement à lui : membre de la Société de Biologie dès 1910 ; médecin expert près le Tribunal de la Seine fort apprécié au Palais, la Société de médecine légale l'avait appelé à siéger dans son sein ; ses collègues de la Société médicale des hôpitaux lui avaient témoigné leur grande estime en le déléguant au Conseil de surveillance de l'Assistance publique ; il avait enfin été élu à l'Académie de Médecine en 1939. Il était officier de la Légion d'honneur et décoré de la Croix de guerre de 1914-1918.

Profondément patriote, il souffrit cruellement de l'effondrement de 1940 ; l'occupation ennemie, qu'il supportait impatiemment, lui réservait une plus dure épreuve : Mme Pagniez, dont la Gestapo soupçonnait l'active résistance, était emprisonnée à Fresnes, puis déportée à Ravensbruck. Il ne devait revoir sa femme, qui fut admirable de courage et d'énergie, qu'après de longs mois d'une atroce anxiété.

Déjà à ce moment il avait ressenti les premières atteintes du mal qui devait l'emporter ; il en suivit, jusqu'au bout, avec une entière lucidité, la marche progressive que ne pouvait conjurer les soins que lui prodiguèrent avec tant d'affectueux dévouement ses élèves Plichet et J. de Léobardy. C'est auprès de celui-ci, à Limoges, qu'il a succombé le 5 septembre dernier, après de cruelles souffrances, soutenu dans cette dernière épreuve par l'incessante présence et la tendresse de sa femme et de son fils.

Louis Le Sourd.

INTERETS PROFESSIONNELS

LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS EN NORMANDIE

Pour répondre à l'invitation qui lui avait été faite par les Conseils Départementaux de la Seine-Inférieure et du Calvados, le président du Conseil National, accompagné de MM. S. Oberlin, président de la 1re Section, M. Larget, trésorier, J.-R. Debray, secrétaire général adjoint et de M. Plichet, ancien secrétaire général du Conseil supérieur, s'est rendu en Normandie les 11 et 12 octobre.

La délégation était complétée par M. Villey (de Caen), membre du Conseil National.

A Rouen, le samedi 11 octobre, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole des Sciences, sous la présidence du professeur Jousseaume, président du Conseil Départemental de la Seine-Inférieure, assisté du Dr Rougeulie, président du Conseil Départemental de l'Eure, eut lieu une importante réunion qui groupait un grand nombre de médecins des deux départements.

A Caen, le lendemain, le professeur Portes fut reçu à la Préfecture par le préfet du Calvados, puis eut lieu, à la Faculté des Sciences, sous la présidence de l'actif président du Conseil départemental du Calvados, le Dr Olivier, une brillante réunion qui groupait plus de 100 médecins venus du Calvados, de l'Orne et de la Manche. Y assistaient M. le Dr Lebreton, président du Conseil Départemental de la Manche, MM. les Drs Bailleul et Mutricy, président et secrétaire général du Conseil Départemental de l'Orne.

A Rouen, puis à Caen, M. le professeur Portes, après avoir salué le dévouement et l'abnégation du Corps Médical de ces départements mutilés et fait l'historique de l'Ordre des Médecins, montra le rôle primordial de cet organisme dans le maintien de l'indépendance de la médecine et exposa les graves problèmes qui se posent d'une façon aiguë à son activité.

MM. Oberlin et Larget montrèrent l'importante œuvre accomplie par le Conseil National dans le domaine de l'Entr'aide pour les médecins âgés, les veuves des médecins, pour le reclassement des médecins prisonniers et déportés.

Plus particulièrement M. Oberlin parla de l'aide apportée par le Conseil National aux orphelins de guerre qui doit être maintenue, intensifiée même pendant des années. Cette aide pourrait être développée grâce à des Comités de tutelle semblables à ceux créés par le professeur Legrand dans le Nord, qui apportent aux orphelins et à leurs mères l'appui moral dont ils peuvent avoir besoin.

Enfin le Dr Villey a fait un remarquable exposé sur la juridiction de l'Ordre en montrant le rôle des différents conseils.

Après la présentation de ces différents problèmes, plusieurs auditeurs ont demandé au professeur Portes quelques éclaircissements sur certains points de doctrine montrant ainsi qu'ils étaient intéressés par les principes de l'Ordre et qu'ils comprenaient particulièrement l'importance de sa mission.

Conseil National de l'Ordre du 18 octobre 1947

« L'article 64 du Code de Déontologie indique qu'une demande de maintien d'un deuxième cabinet peut être accordée « par le Conseil Départemental ou les Conseils départementaux, en raison de l'intérêt des malades... »

Il stipule en outre : « Les médecins qui, à la date de la publication du présent règlement ont plusieurs cabinets doivent, dans les deux mois de cette publication, demander l'autorisation de conserver les deux cabinets. »

Etant donné que le Code de Déontologie est paru au « Journal Officiel » le 28 juin 1947 et qu'en conséquence le délai de deux mois s'est écoulé pendant la période des vacances, le Conseil National dans sa séance du 4 octobre a décidé d'admettre les demandes jusqu'au 31 décembre 1947. »

Conseil départemental de la Seine

Le Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre National des Médecins attire l'attention de tous sur la gravité de la pénurie de lait pour la santé des enfants.

Chaque régime n° 1, donné à un adulte, prive de lait six jeunes enfants ou vieillards. Le Conseil Départemental estime que le médecin doit refuser tout régime lacté qu'il ne juge pas strictement indispensable, et doit n'en prescrire le renouvellement que dans des cas absolument exceptionnels.

Compte rendu succinct de la séance du 12 octobre 1947 du Comité de coordination et du Comité intersyndical des médecins de la région parisienne

Le Comité de coordination des Conseils départementaux de l'Ordre et le Comité intersyndical des médecins de la région parisienne se sont réunis le dimanche 12 octobre 1947 à leur siège social, 28, rue Serpente, à Paris, sous la présidence du Dr Roubaud, remplaçant le Dr Debuirre, empêché.

Après avoir décidé, conformément aux indications du Conseil national de l'Ordre, de séparer administrativement le Comité de coordination et le Comité intersyndical, les assistants ont passé en revue les très nombreuses questions portées à l'ordre du jour.

Parmi ces questions, celles relatives aux rapports des syndicats médicaux avec les Caisses de Sécurité sociale, ont spécialement retenu l'attention. Un long échange de vues a permis de préciser certains points particuliers dans les directives générales données à nos représentants dans les divers organismes régionaux de Sécurité sociale, tant pour la défense d'intérêts professionnels respectables que pour un meilleur fonctionnement technique des Assurances sociales.

Les membres du Comité de coordination et du Comité intersyndical ont d'autre part été mis au courant de la situation actuelle en ce qui concerne l'assurance vieillesse et l'assurance maladie du médecin. La Caisse autonome d'assurance vieillesse du Corps médical paraît devoir fonctionner assez prochainement, dès que le Parlement aura voté le projet de loi prévu. Quant à l'assurance maladie, il semble qu'elle doive être remise à plus tard, lorsque le Corps médical, consulté par l'Ordre national, se sera prononcé en faveur de l'une des deux modalités de gestion jusqu'ici envisagées : gestion par la Caisse autonome de retraite ou gestion par la Fédération des mutualités médicales.

LIVRES NOUVEAUX

Le Problème du Cancer et son évolution récente. Cancer et Neuro-Ergonologie, par Michel Mosinger, professeur aux Facultés de médecine de Marseille et de Coïmbra. Préface du professeur G. Roussy. Un volume de 664 pages avec 184 figures. Masson et Cie, éditeurs à Paris.

L'auteur, qui a fait paraître récemment, en collaboration avec le professeur Roussy, un très important ouvrage de neuro-endocrinologie, et qui dirige à l'Université de Coïmbra, au Portugal, l'Institut d'anatomie pathologique, a réuni une série de faits et de documents expérimentaux qui touchent aux questions relatives à l'étiologie et à la pathogénie du cancer.

Il y étudie d'abord les processus hyperplasiques et tumoraux bénins dans leur comportement vis-à-vis de l'administration répétée de substances œstrogènes, d'extraits glandulaires et de substances cancérigènes. A propos du mécanisme de la cancérisation cellulaire, il discute la théorie mutationiste : la transformation cancéreuse doit être considérée, selon M. Mosinger, comme le résultat d'un processus progressif passant par les phases d'hyperplasie, de tumeur bénigne pour arriver au cancer, alors que les mutations apparaissent brusquement.

Parmi les nombreux facteurs étiologiques qui interviennent dans la carcinogénèse, l'auteur distingue des substances cancérigènes et des substances carcino-inhibitrices, et il cherche à préciser le sens dans lequel devraient être désormais poursuivies les recherches dans ce nouveau domaine.

De l'ensemble de ces travaux se dégage en outre l'idée d'attribuer une place importante au système neuro-végétatif dans la pathogénie du cancer. La cancérisation cellulaire paraît due essentiellement à des troubles dans le jeu normalement équilibré des substances actives intra et extra cellulaires qui règlent la vie et la reproduction des éléments constitutifs de l'organisme.

Dépôt légal. — 1947. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 44. — SAMEDI 1er NOVEMBRE 1947 — 120e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENTS : Un an. France et Colonies. 375 fr. Étudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr
Chèques Postaux Paris : 2538 76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

AVIS

Le plus grand nombre des abonnements venant à échéance fin décembre, nous attirons l'attention de nos abonnés sur l'intérêt qu'ils auraient à nous adresser leur renouvellement avant le 15 novembre. Ils échapperaient ainsi à l'augmentation inévitable à laquelle nous serons, comme tous nos confrères obligés dans peu de semaines, en raison de la hausse très importante des prix d'impression et du papier.

Pour éviter les frais de correspondance nous n'enverrons pas de rappel individuel.

INFORMATIONS

Hôpitaux psychiatriques. — M. le Dr Desclaux, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Limoges, a été mis à la disposition de M. le Directeur général de l'Assistance publique de Paris, en vue d'exercer les fonctions d'assistant à la fondation Vallée, à l'hospice de Bicêtre, pour une durée d'un an, à compter du 1er janvier 1947.

Légion d'honneur. TRAVAIL

OFFICIER. — M. le Dr Leroux-Robert, médecin au ministère du Travail et de la Sécurité sociale.

Légion d'honneur. GUERRE

OFFICIER. — Dr Paul Ulrich, médecin F. F. I.

CHEVALIER. — Dr Ratureau, médecin directeur du sanatorium Martel-de-Janville.

Ordre de la Santé publique

CHEVALIER. — M. le professeur Gaston Ecalle, gynécologue accoucheur des hôpitaux de Paris.

SANTE PUBLIQUE

Conseil supérieur d'Hygiène publique. — Sont nommés membres pour trois ans du Conseil supérieur :

MM. Florentin, directeur du service des Poudres, en remplacement de M. Kling, décédé ; le Dr Marcel Clerc inspecteur de la Santé de la Seine, en remplacement de M. Chrétien, décédé.

Centres régionaux de lutte contre le cancer. — Par arrêté en date du 3 octobre (J. O., 24 octobre 1947), la fondation régionale de l'Ouest est agréée provisoirement comme centre régional de lutte contre le cancer de Rennes.

— Le Centre régional de lutte contre le cancer d'Angers est agréé et doté de la personnalité civile.

Sanatoriums. — Le Dr Labeur, reçu au concours du 11 décembre 1946, a été nommé médecin adjoint au sanatorium de Seyssuel (Isère), en remplacement de M. le Dr Sribnal, décédé.

EDUCATION NATIONALE

Certificats médicaux. — Un arrêté en date du 17 octobre 1947 (J. O., 24 octobre), étend aux enfants nés depuis le 1er octobre 1941 les dispositions de l'arrêté du 3 juin 1947 relatif aux certificats médicaux à produire lors de l'inscription d'un enfant de six ans dans une école.

MARINE

Corps de Santé. — Sont promus :

Au grade de médecin en chef de 1re classe : M. Gilbert.

Au grade de médecin en chef de 2e classe : MM. Pasquet et Duval.

Au grade de médecin principal : MM. Melenec, Birier, Bertrand (R. L.), Daire, Le Bourhis, Leroy.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Lagarde (C. A.), Morichau-Beauchant, Torre, Bouchit, Bertrac, Briskine, Maubois, Brun (S. H.)), Huart, Berets, Perthuisot, Seranne, Curnier, Lestage, Marmouget, Devilla, Morin (G. L. J. J.).

Prix Nobel. — Le prix Nobel de médecine 1947 a été décerné aux Drs Carl F. Cori et Gerty Cori, de Saint-Louis (U.S.A.), pour leurs recherches sur le glycogène, et au Dr Houssay, de Buenos-Aires.

Collège de France. — M. Frédéric Joliot est chargé de mission pendant l'année scolaire 1947-1948.

La médaille du Professeur Louis Rimbaud, à Montpellier. — La remise de la médaille du Professeur Louis Rimbaud aura lieu le mercredi 5 novembre 1947, à 16 h. 30, à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Surplus alliés en matériel médico-chirurgical. — La Société nationale de vente des surplus a ouvert au début d'octobre, à la Salle d'Horticulture, 84, rue de Grenelle, une première exposition qui vient de se terminer. Une deuxième série s'ouvrira le 2 novembre sur le même emplacement.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Société nationale de vente des surplus, Service médico-chirurgical, Taitbout 85-12.

Comité National de l'Enfance

Le Comité National de l'Enfance, présidé par M. le Dr E. Lesné, membre de l'Académie de Médecine, organise les vendredi 5, samedi 6 et dimanche 7 décembre 1947, sous le patronage de M. le Ministre de la Santé publique et de la Population, des « Journées d'Etudes » sur la question si importante de la « Protection maternelle et infantile d'après les prescriptions de l'ordonnance du 2 novembre 1945 ».

Cette charte de l'Enfance sera étudiée sous les deux aspects de son application dans les grandes villes et dans les campagnes.

Les conférenciers qui prendront part à cette manifestation comptent parmi les plus compétents du monde de la pédiatrie et de l'administration.

Le montant de la participation est fixé à 500 francs.

Pour les adhésions et tous renseignements, s'adresser au Comité national de l'Enfance, 51, avenue Franklin-D.-Roosevelt, Paris (8e). Téléph. Elysées 44-41. Chèque postal Paris 23-31.

COURS

Institut du Centre d'Acupuncture de France

Siège social :
8, avenue Franklin-Roosevelt (8e)

Les cours de médecine chinoise (acupuncture et moxas) auront lieu à l'Ecole libre des Sciences médicales, 12, avenue Alphand (angle de l'avenue Malakoff).

Les cours commenceront le mardi 4 novembre à 21 heures et auront lieu tous les mardis, sauf le quatrième.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de l'Ecole libre des Sciences médicales, tous les jours (sauf le samedi), de 18 heures à 20 heures.

Société Médicale des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Conférences d'anatomo-physio-biologie nerveuse

La Société Médicale des Hôpitaux psychiatriques de la Seine organise, comme les années précédentes, des séries de conférences représentant l'enseignement de base indispensable à quiconque s'intéresse à la psychiatrie.

La première série aura lieu le vendredi à 17 heures, à l'Amphithéâtre Magnan de l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris-14e. (Métro : Glacière.)

7 novembre 1947. — Prof. P. Combemale, doyen de la Faculté de Médecine de Lille : Manifestations chimiques de l'activité du cerveau.

14 novembre au 12 décembre 1947. — Dr P. Chatagnon : Etudes histologiques sur la cellule et la fibre nerveuse.

19 décembre 1947. — Prof. agr. Ajuriaguerra : Le problème des localisations cérébrales.

2 et 9 janvier 1948. — Prof. A. Thomas, de la Sorbonne : Les acides thymo-nucléique et ribose-nucléique de la cellule nerveuse.

16, 23 et 30 janvier 1948. — Dr A. Soulairac : Les régulations neuro-endocriniennes au cours de certains comportements.

6, 13 et 20 février 1948. — Prof. agr. P. Desclaux : Anatomie et physiologie de l'hypophyse et de la région hypo-thalamique.

Maladies articulaires. — M. Lièvre fera dans son service, à l'hôpital Tenon, tous les samedis à 11 heures, à partir du 8 novembre une leçon d'une demi-heure sur les maladies articulaires, suivie de la discussion des observations intéressantes de la semaine. 8 novembre : Vue générale sur les rhumatismes. 15 novembre : La coxarthrie (formes anatomiques et signes cliniques). 22 novembre : La coxarthrie (traitement médical). 29 novembre : La coxarthrie chirurgicale).

Cours de physiothérapie de l'Institut d'Actinologie

40, boulevard Suchet (16e)
Auteuil 41-85

Un cours de Physiothérapie avec démonstration de technique aura lieu à l'Institut d'Actinologie :

Samedi 22 novembre, à 17 h. 30 : Jean Saidman : Physiothérapie des rhumatismes vertébraux ; Jean Meyer : Traitement des tumeurs cutanées.

Mercredi 26 novembre, à 21 heures : Jean Saidman : Physiothérapie des rhumatismes des membres ; Marcel Ferrier : Physiothérapie endocrino-sympathique.

Samedi 29 novembre, à 17 h. 30 : J.-A. Huet : Physiothérapie de l'hypophyse ; Jean Meyer : Traitement des angiomes.

Mercredi 3 décembre, à 21 heures : Marcel J.-E. : Physiothérapie gynécologique ; Physiothérapie des grandes dermatoses : Eczéma, Psoriasis, Prémycosis, etc..

Prière de s'inscrire auprès du Secrétariat de l'Institut d'Actinologie.

Droits d'inscription : 1.000 francs.

Journées Médicales d'Information de la Fédération Française d'Education Physique

La Morphologie appliquée à l'Education physique

La F. F. E. P. organise deux journées médicales d'information, les 16 et 17 novembre 1947, à 9 heures, à l'Institut Prophylactique, 36, rue d'Assas, Paris (6e), sous la présidence du Dr A. Thooris, Président de la Société de Morphologie, avec le concours de M. le Dr Joannon, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris, de M. E. Letard, Professeur à l'Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort, de M. P. Bellugue, Professeur à l'Ecole des Beaux-Arts et de MM. les Drs L. Cavel, médecin de la F. F. E. P., R. P. Verdun, J. P. Vernes, Cayla, Oberthur, Rochu-Mery, Didier, Bize et de Mme le Dr Legrand-Lambling, anciens internes ou assistants des hôpitaux.

Des visites de l'Ecole des Beaux-Arts et du Musée de l'Homme sont prévues au cours de ces journées.

Adhésion au Secrétariat de la Fédération Française d'Education Physique : 2, rue de Valois, Paris (1er). (CENtral 99-21.)

Les médecins de province pouvant bénéficier à cette occasion d'une réduction de 20 % sur les chemins de fer, sont priés d'adresser leur adhésion au siège de la Fédération avant le 10 novembre.

Programme détaillé adressé sur demande accompagnée d'un timbre pour la réponse.

Naissance

Eveline, Antoine, Mireille, Françoise, Claude et Charles Raybaud ont le plaisir de faire part de la naissance de leur petite sœur Nicole, le 14 octobre 1947, pour la plus grande joie de leur maman, Dr Marie-Louise Raybaud, née Saillet, ex-interne des hôpitaux, de leur papa, Dr Antoine Raybaud, médecin des hôpitaux, chargé de cours à la Faculté, rédacteur en chef de la « Provence Médicale », et de leur grand-papa, Dr A. Raybaud, ancien directeur de la 5e circonscription sanitaire maritime, à Marseille.

Nécrologie

On annonce la mort du Dr Mahé, stomatologiste honoraire des hôpitaux de Paris, décédé le 4 octobre, dans sa 76e année.

REVUE GÉNÉRALE

Les brûlures de l'œsophage

Par P.-L. Klotz

Dans notre revue générale parue ici même le 16 novembre 1946, et consacrée aux perforations traumatiques de l'œsophage, nous avons vu qu'il est possible, dans un très grand nombre de cas, de se prémunir avec succès contre les complications immédiates et retardées de ces redoutables traumatismes.

Il n'en est pas de même pour les brûlures de l'œsophage.

Malgré les soins les plus diligents, ces malades font trop souvent par la suite des accidents de sténose cicatricielle. 85 % des sténoses inflammatoires de l'œsophage sont la rançon d'une brûlure (Ill). Le sujet doit supporter durant sa vie entière les conséquences de sa tragique méprise. Et ceci, parce qu'il n'existe pas actuellement de traitement vraiment efficace de ces sténoses, mais surtout parce que les différents auteurs n'ont pas réussi, jusqu'à maintenant, à s'accorder sur les moyens de les prévenir.

Circonstances de l'accident.

Les brûlures par ingestion accidentelle d'un liquide trop chaud sont rarissimes : le déclenchement des réflexes de défense est immédiat, il arrête la déglutition avant qu'elle ne soit complète. Les lésions ne dépassent pas le pharynx.

En fait, les brûlures de l'œsophage succèdent à l'ingestion accidentelle ou volontaire de liquides caustiques, à la température ordinaire. Il s'agit dans plus de la moitié des cas de produits alcalins, soude ou potasse caustiques, ammoniaque, plus rarement d'acides, quelquefois d'autres produits corrosifs tels que la teinture d'iode, le bichlorure de mercure, divers mélanges utilisés comme décapants ou comme produits d'entretien. La soude caustique en solution plus ou moins diluée est le plus souvent en cause.

Trainer a rapporté l'observation d'un nourrisson auquel ses parents avaient donné par mégarde une cuillerée à thé d'acide lactique pur, à la place d'un autre médicament, et qui mourut par la suite avec deux sténoses étagées de l'œsophage.

Chez l'adulte, il s'agit habituellement d'une erreur : le sujet croit boire de la bière ou du vin blanc, et ne s'aperçoit que trop tard d'une confusion néfaste. Ill a observé une brûlure de ce genre chez une femme atteinte d'anosmie. Plus rarement, il s'agit d'une tentative de suicide, exceptionnellement d'un crime.

Les accidents sont particulièrement fréquents chez les enfants : plus de la moitié des cas pour Terracol, 27 cas sur 34 brûlures observées en quinze ans par Uhde, les trois quarts des cas pour Calvet. Beaucoup de ces enfants arrivent d'ailleurs avec des corps étrangers : noyau de cerise, perle de verre, grain de raisin desséché, etc.

Avant la guerre, les brûlures s'observaient surtout dans les pays du sud-est de l'Europe : la littérature qui leur était consacrée nous vient surtout de praticiens hongrois, bulgares ou autrichiens. En France, on les craignait surtout en Languedoc et en Provence, notamment chez les cultivateurs d'oliviers, qui traitent le fruit de cet arbre par la soude (Terracol, Brémond). La fréquence de ces brûlures a augmenté considérablement depuis la guerre (Leegaard, Lemariey), surtout dans les pays occupés. Cela s'explique par la fabrication du savon à domicile, par la pénurie de flaconnages, par la nécessité où se trouvaient les parents de laisser seuls leurs enfants de longues heures à cause des difficultés de ravitaillement.

Conséquences de la brûlure.

Les conséquences de la brûlure dépendent de facteurs multiples : nature du caustique, qui peut déterminer en même temps que la brûlure des accidents d'intoxication générale (sels de mercure), quantité déglutie, concentration, présence de mucosités protectrices plus ou moins abondantes sur les parois de l'œsophage. Il suffit quelquefois d'une seule gorgée pour donner un désastre (Leegaard).

a) *Les lésions du pharynx et du carrefour* sont les plus douloureuses, les plus accessibles à la vue : nous n'y insistons pas davantage. L'œdème de l'orifice supérieur du larynx est parfois tel qu'il provoque une dyspnée intense.

b) Les *lésions de l'œsophage* sont presque toujours les plus importantes, car c'est là que le caustique exerce le plus longtemps son action. Le spasme du cardia protège relativement l'estomac, ainsi que Belinoff y a insisté, mais en même temps prolonge le séjour du caustique dans l'œsophage. Jackson, Mosher estimaient que les lésions les plus importantes se trouvaient au niveau des zones normalement rétrécies du conduit, là où le transit du bol alimentaire se ralentit physiologiquement. Leur opinion n'est plus partagée par les modernes, notamment par Haslinger. Pour David Galatz il n'y a aucune règle : les brûlures se répartissent d'une manière absolument variable dans le conduit, elles font volontiers des sauts, ce qui donne lieu à des lésions discontinues séparées par des zones indemnes. Leegaard juge que les brûlures frappent surtout la partie inférieure du conduit, nous verrons l'importance de cette notion pour le traitement.

c) Les *lésions stomacales* sont à craindre surtout avec les solutions concentrées, dans les tentatives de suicide, où le sujet se force à ingérer le caustique en grande quantité, ou encore lorsque l'accident a lieu à jeun (Lemariey). Pour Bruzzi, les alcalis sont peu dangereux pour l'estomac, car l'acidité stomacale peut les neutraliser partiellement, les acides peuvent au contraire donner lieu à des lésions sévères. Quoi qu'il en soit, les caustiques respectent souvent la petite courbure et la région moyenne, les dégâts se localisent surtout aux environs du pylore.

L'étude des lésions de l'œsophage, celle qui nous intéresse le plus ici, a été longtemps limitée aux constatations nécropsiques ; elle a beaucoup bénéficié des progrès de l'exploration endoscopique ainsi que de l'expérimentation animale. Les travaux de Belinoff, en particulier, ont éclairé d'une manière fort démonstrative le mécanisme de la cicatrisation, et nous en verrons tout l'intérêt pour la conduite du traitement.

Un peu schématiquement, l'on peut distinguer dans ces brûlures quatre degrés de gravité croissante. Des lésions de degrés différents sont d'ailleurs bien souvent juxtaposées.

1° Les *brûlures du premier degré* correspondent à une atteinte très superficielle et limitée à l'épithélium de revêtement. Dans les cas les plus légers, tout se réduit à une hyperhémie passagère. Dans les cas moyens, on voit apparaître l'œdème, souvent considérable, assez intense pour expliquer à la fois une violente dysphagie ainsi que les difficultés de l'endoscopie. A la limite de ce premier degré, enfin, nous voyons apparaître la nécrose, suivie de chute de l'épiderme que remplacent des fausses membranes plus ou moins étendues.

Dans ces brûlures du premier degré, le danger de sténose ultérieure est très faible. Malheureusement, ces formes ne représentent même pas 10 % des cas.

2° Les *brûlures du second degré* sont caractérisées par l'atteinte de cette mince couche de fibres lisses décrite sous le nom de « muscularis mucosae ». Elles comportent un bien plus grand potentiel de sténose. Elles aboutissent à des sténoses encore relativement bénignes, superficielles, en brides.

3° Les *brûlures du troisième degré* correspondent à ce que Belinoff appelle les « cas moyens », soit environ 60 % de l'ensemble. Elles comportent la nécrose, sur une étendue variable, de toute l'épaisseur des tuniques intérieures du conduit, soit épithélium, « muscularis mucosae », et chorion sous-muqueux. Dans cette forme, les tuniques musculeuses externes sont encore épargnées. De telles brûlures ne comportent pas trop de dangers immédiats d'hémorragie ou de médiastinite. En revanche, la sténose ultérieure est presque inéluctable, du type annulaire ou tubulaire.

4° Restent enfin les *brûlures du quatrième degré*, c'est-à-dire les formes les plus sévères, avec nécrose des parois du conduit sur toute leur épaisseur, et lésions plus ou moins étendues de péri-œsophagite. C'est dans ces formes que les malades expulsent parfois, entre le 7e et le 12e jour, d'énormes moules œsophagiens. Le pronostic immédiat est dominé par le danger de *perforation*, rarement perforation d'emblée, celle-ci étant presque toujours provoquée par un caustique de forte concentration, mais habituellement *perforation secondaire*, au moment de la chute

d'une escarre. Cette perforation se fait soit dans un vaisseau, soit dans un viscère creux, bronche, plèvre, soit dans les espaces celluleux du médiastin : il en résulte, suivant le cas, une hémorragie, une fistule ou une médiastinite localisée ou diffuse. Quant au pronostic d'avenir, il est toujours sombre, ce sont les sténoses les plus complexes, les plus serrées, allant jusqu'à l'atrésie, et dont on ne vient que rarement à bout.

Du *point de vue histologique*, les recherches de Belinoff ont mis en lumière un fait essentiel : 24 heures seulement après le traumatisme, avant même que le tissu nécrosé ne soit éliminé, le travail de réparation commence, avec afflux de fibroblastes. Mais les fibres collagènes ne font leur apparition qu'à la fin de la première semaine, ou même au début de la seconde. Il existe donc, avant la cicatrisation proprement dite, un certain délai qu'il importe de savoir utiliser.

EVOLUTION CLINIQUE.

L'histoire d'une brûlure de l'œsophage de gravité moyenne peut, schématiquement, se dépeindre en trois épisodes successifs.

a) *Phase initiale :* c'est la période dramatique, celle qui suit immédiatement l'accident et qui provoque un appel d'urgence. Le sujet, qui présente le plus souvent des signes de choc plus ou moins inquiétants, accuse des douleurs atroces, à la fois dans la bouche, le pharynx et dans le thorax. Les douleurs thoraciques, les plus inquiétantes, irradient en général vers le rachis et la nuque. La dysphagie est absolue, et le malade refuse de boire quoi que ce soit. Il crache une salive abondante, souvent il a des nausées, émet quelques vomissements teintés de sang et chargés de débris. Il existe parfois un peu de tension douloureuse dans la région épigastrique.

b) *Phase secondaire :* vers le 3e ou 4e jour, l'état général devient meilleur, les signes de choc se sont amendés. Mais la douleur et la dysphagie restent intenses, le sujet est infecté, subfébrile, souvent albuminurique. L'haleine est fétide. La muqueuse bucco-pharyngée est rouge, érodée, souvent couverte de fausses membranes diphtériques. Il existe souvent un petit foyer pulmonaire ou des signes de bronchite.

c) *Phase d'accalmie :* vers le 15e ou 20e jour, les phénomènes aigus se sont amendés, la fièvre a disparu, la dysphagie s'atténue progressivement et le malade, se croyant en pleine guérison, retrouve une alimentation presque normale.

Et pourtant, ce n'est qu'une fausse guérison. Un examen endoscopique fait à ce stade montrerait en effet une muqueuse encore congestive, œdématiée par endroits, tapissée de fausses membranes, mais surtout présentant déjà çà et là des plages cicatricielles.

La dysphagie a beau s'atténuer, le malade a beau se féliciter de l'amélioration de son état, il possède déjà une sténose en puissance. Et quelques semaines plus tard, la dysphagie va réapparaître, s'aggraver progressivement, l'examen radiologique et l'endoscopie vont révéler une sténose confirmée.

Il n'y a pas d'affection dans laquelle les notions d' « intervalle libre », ou d' « accalmie maîtresse » soient plus évidentes.

Au tableau très schématique que nous venons de décrire à grands traits, il faut ajouter un certain nombre de formes cliniques.

1° Les *formes légères* méritent toute notre attention, car, bien que l'état du malade dans les premiers jours n'inspire souvent aucune inquiétude, le pronostic d'avenir est malgré tout assombri par le danger d'une sténose se constituant à bas bruit. La dysphagie initiale peut être discrète, souvent elle disparaît au bout de quelques heures seulement. Il arrive que le malade reprenne même ses occupations sans être venu consulter : ce sont des formes presque latentes, pourrait-on dire, et dont il faut quelquefois faire le diagnostic rétrospectif bien plus tard, en présence d'une sténose inflammatoire de cause non évidente. Chez d'autres malades, l'attention se trouve attirée presque exclusivement vers l'état de la bouche et du pharynx : on risque de méconnaître une atteinte discrète de l'œsophage.

2° Les *formes sévères* correspondent à ce que nous avons décrit plus haut sous le nom de brûlures du quatrième degré. La douleur est atroce, diffuse, transfixiante. Les signes généraux sont particulièrement alarmants : beaucoup de malades meurent dans le choc au cours des premières 48 heures. Lorsqu'ils résistent, la dysphagie ne cède pas : il est impossible d'alimenter ces malades par les voies habituelles. Vers le 5e ou 6e jour, le malade vomit, présente souvent des hématémèses, et finit par expulser les moules œsophagiens caractéristiques. Les phénomènes aigus demandent quinze jours à trois semaines pour s'amender, et, dès ce moment, une sténose serrée se trouve déjà constituée : l'intervalle libre a été nul, ou en tous cas insignifiant.

3° A côté de ces formes sévères, il faut mettre à part les *formes compliquées*, encore plus redoutables. Les complications peuvent être immédiates ou secondaires, chacune d'elles ajoute sa gravité propre à celle de la brûlure.

Parmi les *complications immédiates ou précoces*, il faut surtout retenir :

— l'asphyxie par œdème de la glotte ;

— la perforation, avec son double péril, hémorragique et infectieux : péri-œsophagite, pleurésie purulente, cervico-médiastinite diffuse. Cette perforation d'emblée peut se voir avec les liquides corrosifs de forte concentration, surtout s'il s'agit d'acides forts. Elle constitue une éventualité assez rare, fort heureusement. Cliniquement et évolutivement, elle ressemble en tous points à la perforation par corps étrangers, ce qui nous dispense d'en reprendre ici la sémiologie ;

— la brûlure de l'estomac, avec violentes douleurs épigastriques, contracture, pouvant aller jusqu'à la péritonite par perforation de cet organe ;

— le syndrome d'intoxication générale, se manifestant par exemple par une néphrite azotémique ou hématurique.

Plusieurs de ces complications peuvent d'ailleurs coexister.

Les *complications secondaires*, qui apparaissent lors des deuxième ou troisième septenaires, consistent surtout en accidents pleuro-pulmonaires banaux, et en perforations retardées, par chute d'escarre. En matière de brûlures, ces perforations retardées sont plus fréquentes que les perforations immédiates. Elles se font spontanément, parfois favorisées par une manœuvre thérapeutique, endoscopique ou surtout aveugle. Elles comportent les mêmes dangers que les perforations précoces ; toutefois, certaines fissurations progressives n'aboutissent parfois qu'à des suppurations para-œsophagiennes limitées.

ELÉMENTS DU PRONOSTIC.

Si l'on se base sur les statistiques, le pronostic des brûlures de l'œsophage est extrêmement sévère. Von Hacker donnait de 40 à 50 % de mortalité, Billroth 38 %, et Belinoff, plus récemment, 27 %, proportion encore très élevée. Il est vrai que ces chiffres expriment une mortalité globale : ils comprennent les décès de la période initiale, mais aussi ceux qui sont liés aux séquelles : cachexie de sous-alimentation, tuberculose, dont on sait la fréquence chez les sténosés.

Est-il possible, dans les jours qui suivent une brûlure, de peser les risques courus par le malade, et de se faire une opinion sur son avenir ?

1° L'anamnèse peut orienter dans une certaine mesure le pronostic. On se basera sur la nature du liquide, sur sa concentration, la quantité approximativement déglutie, sur son degré de toxicité, sur le temps écoulé depuis l'accident lorsqu'on voit le malade pour la première fois : sans oublier la possibilité de soins intempestifs déjà souvent donnés au malade. Nous avons déjà insisté sur la plus grande gravité des brûlures par les acides, des brûlures survenues à jeun, des brûlures par ingestion volontaire d'une grande quantité de caustique sous forte concentration. Les brûlures par lessive de soude, comme l'a observé Brémond, sont relativement bénignes, au moins chez l'adulte, car il s'agit presque toujours de solutions très diluées : les dégâts prédominent sur l'œsophage, mais ne dépassent guère le cardia ;

2° L'aspect général du malade, l'intensité des signes fonctionnels eux aussi peuvent renseigner le clinicien jusqu'à un certain point, mais il faut toutefois insister sur le caractère trompeur de certains symptômes. En effet, une dysphagie très intense ne traduit pas forcément de très graves lésions, bien au contraire il s'agit souvent d'un facteur spasmodique dont le traitement vient à bout assez facilement. De même, il n'existe aucun rapport entre la gravité des lésions bucco-pharyngées et celle des lésions œsophagiennes (Uhde).

En fait, comme y avait insisté Ill, en 1924, rien n'est plus

difficile chez ces malades que d'énoncer un pronostic. Il faut se garder de toute appréciation par trop absolue.

Il existe des formes incontestablement graves, avec menace de perforation, de complications thoraciques ou abdominales, symptômes alarmants d'intoxication générale : dans ces cas, le pronostic ne comporte aucune discussion possible. On doit s'estimer très heureux si le malade échappe aux complications des premiers jours : la sténose ultérieure est à peu près inévitable, il faudra bien la considérer comme un moindre mal.

A l'opposé, les formes d'apparence bénignes réservent plus de surprise. Il est possible, en général, d'affirmer que le malade n'est pas en danger immédiat. Mais il faut être très circonspect pour les suites éloignées : combien de malades partent en pleine euphorie, pour revenir plus tard avec une sténose qu'une surveillance plus stricte aurait peut-être pu éviter.

Même dans les formes les plus légères, le malade sera donc averti qu'une surveillance prolongée, que des soins assidus seront nécessaires. Gellis et Holt ont insisté sur cet aspect du problème : ce n'est pas au troisième mois, mais dès le premier jour, qu'ils font prendre le malade en charge par le service d'aide sociale compétent.

Il ne faudrait pas exagérer, du reste, le pessimisme pour l'avenir : de plus en plus nombreux sont les malades qui, correctement suivis dès le début, peuvent reprendre plus tard une vie normale. Un malade qui, au bout de trois ou quatre mois ne présente aucune dysphagie a bien des chances de ne plus faire d'accidents ultérieurs (Brémond) ; on peut le rassurer, sous réserve d'un contrôle périodique, notamment radiologique.

Diagnostic.

Contrairement à toute apparence, le diagnostic n'est pas toujours aussi évident qu'on le croit. Nous n'insisterons pas sur le problème du diagnostic rétrospectif, qui peut se poser, des années plus tard, en présence d'une sténose inflammatoire de cause non élucidée. C'est dans les heures mêmes qui suivent l'accident que peuvent se poser des problèmes délicats.

1° Bien souvent, on est obligé d'identifier le caustique responsable : recherche fréquente lorsqu'il s'agit d'un tout jeune enfant, d'un sujet dans le coma, lorsqu'il y a eu tentative non avouée de suicide, ou même refus catégorique du malade de donner le renseignement nécessaire. On est alors obligé de se livrer à une enquête qui fait perdre un temps précieux pour le traitement ;

2° Chez certains malades, on en est à se demander s'il y a eu vraiment brûlure de l'œsophage. La présence de lésions, même importantes, au niveau de la bouche et du pharynx, ne signifie pas que l'œsophage soit fatalement atteint. D'autre part, des brûlures bénignes de l'œsophage peuvent rester sans traduction clinique évidente : on rapporte la douleur et la dysphagie à l'état de la gorge, et, si l'on ne pratique pas d'exploration endoscopique, on risque de méconnaître les lésions basses, jusqu'au jour où, des mois plus tard, le sujet revient avec une sténose ;

3° Dans certaines circonstances, la réalité de l'accident peut être si difficile à établir que le diagnostic de pithiatisme ou même de simulation est à envisager. Le simulateur a d'autant plus beau jeu qu'on ne peut pas lui imposer une endoscopie de force. Les commémoratifs, l'absence de spasmes à la radio, le refus d'une endoscopie de contrôle, autant d'éléments de présomption en faveur de ce diagnostic, d'ailleurs exceptionnel ;

4° Sur le plan médico-légal, on peut être amené, à propos d'un traumatisme de ce genre, à participer à une enquête, en particulier pour aider à discriminer un accident fortuit d'un crime, ou d'une tentative de suicide, celle-ci posant la question éventuelle d'une mutilation volontaire. Le rôle du médecin consiste ici surtout à rechercher des traces de violences sur la victime, notamment autour de la bouche, ainsi qu'à identifier le produit utilisé : la couleur de certaines lésions est caractéristique (blanches avec la soude, jaunes avec l'acide nitrique, noires avec l'acide sulfurique, etc.).

Principes du traitement.

La multiplicité même des traitements proposés par de nombreux auteurs témoigne de leur efficacité bien relative.

Il faut distinguer : 1° Les soins d'urgence à donner aussitôt après l'accident ; 2° Le traitement préventif de la sténose dans les cas non compliqués ; 3° Le traitement des formes compliquées.

A. — *Soins d'urgence à donner après l'accident*

C'est sur ce chapitre qu'il existe le moindre désaccord entre les divers auteurs. Le problème est triple : soustraire dès que possible le malade à l'action du caustique, lutter contre le choc, assurer l'alimentation et la réhydratation du sujet.

1° Soustraire le sujet à l'action du caustique : cela n'est malheureusement possible que dans les toutes premières heures. Ill estimait qu'au delà de la sixième heure, toute tentative de neutralisation est illusoire. La neutralisation chimique doit, évidemment, ne pas aggraver les dégâts : elle sera donc prudente. Lorsqu'il s'agit d'un acide, il faut employer de l'eau de chaux, de l'eau de savon, lorsqu'il s'agit d'un alcali, Crowe conseille d'utiliser de l'acide acétique à 2 % ou du vinaigre coupé d'eau à parties égales. Trop souvent, la dysphagie est telle, que le malade ne peut même pas absorber le liquide neutralisant. Certains recommandent de faire sucer de la glace ; Crowe donne toutes les demi-heures la valeur d'une cuillerée à café d'huile d'olives.

Faut-il faire, comme le conseillent certains auteurs, un lavage d'estomac ? Cette mesure peut sembler séduisante, elle est d'ailleurs classique pour tous les empoisonnements par ingestion. Mais on peut se demander si l'introduction aveugle et traumatisante d'un tube de Faucher est bien indiquée sur cet œsophage fragilisé ;

2° Lutter contre le choc : ici, tous les moyens habituels sont indiqués, comme dans n'importe quelle brûlure grave. Il est utile d'y adjoindre des antispasmodiques ;

3° Assurer l'alimentation et la réhydratation du sujet : sérum sous-cutané et continu rectal, boissons sucrées lorsque la déglutition est possible. Lorsque la dysphagie est absolue, et qu'elle semble durer plus de quelques jours, il est bon d'envisager une gastrostomie aussitôt que l'état général du malade y autorisera.

B. — *Traitement préventif de la sténose dans les cas non compliqués*

Il y a une trentaine d'années, des auteurs comme von Hacker ou comme Guisez redoutaient tant la perforation qu'ils interdisaient toute manœuvre dans le conduit : plutôt que de courir un tel risque, l'on préférait laisser délibérément se constituer la sténose, et l'on attendait 3 ou 4 semaines, parfois encore davantage, avant de commencer les tentatives de dilatation.

Les résultats d'une telle temporisation étaient, bien entendu, lamentables : cette attitude est considérée, à juste titre, depuis longtemps, comme défaitiste.

Aujourd'hui, tout le monde s'accorde pour conseiller la *dilatation précoce*. Certes, l'introduction d'une sonde dilatatrice chez un brûlé récent est chose délicate, à cause du spasme, de l'œdème, et de la crainte de faire une fausse route. Trop dure, la sonde est traumatisante ; trop molle, elle s'incurve, se replie sur elle-même, et ne réussit pas à passer. C'est pourquoi la majorité des auteurs préfère, actuellement, mettre en place la sonde sous contrôle endoscopique : l'œsophagoscopie présente, certes, un risque, mais il faut avoir le courage de l'accepter, car des manœuvres aveugles sont encore bien plus périlleuses. Bien entendu, cette endoscopie doit être conduite avec beaucoup de prudence. Belinoff conseillait de la faire sans anesthésie, la crainte de faire souffrir le sujet étant — peut-être — une garantie de prudence. Ill préconisait au contraire de la faire avec lenteur, en cocaïnisant la paroi centimètre par centimètre : c'est la tactique de choix dans les cas difficiles, et chez l'adulte. Chez un enfant indocile et craintif, il est peut-être plus sage d'employer l'anesthésie générale.

Quoi qu'il en soit, cette exploration présente des avantages multiples : elle permet de juger de l'exacte étendue des lésions, de déterminer les lésions pariétales et d'y appliquer éventuellement un topique, tel que la glycérine iodée à 1/300 qu'employait Ill, de placer la sonde exactement comme il convient et au moindre risque, au besoin même de laisser en place un fil conducteur qui pourrait être bien utile par la suite.

Les méthodes de dilatation proposées sont innombrables : chaque auteur a, pour ainsi dire, sa technique. Schématiquement, ces méthodes peuvent se ramener à deux : la dilatation continue par sonde à demeure, et la dilatation périodique par sonde mobile.

a) L'emploi de la *sonde à demeure* a été tenté pour la première fois en 1887 par Gersuny, et a été vulgarisé un peu avant la première guerre mondiale, dans les pays de langue française, par Roux, de Lausanne. Le principe de la méthode consiste à intro-

duire le plus tôt possible après l'accident une sonde molle, qu'on laisse en place 3 à 4 semaines. Cette sonde permet l'alimentation tout en laissant l'œsophage au repos complet, et tout en dirigeant la cicatrisation par une véritable calibration préventive. De fait, comme y a insisté Belinoff, on ne peut éviter la sclérose cicatricielle : mais il faut tout tenter pour la diriger.

Quelques détails de technique sont à retenir : la sonde ne doit faire aucune pression sur les parois du conduit (Brémond), elle doit au contraire pouvoir être mobilisée sans frottement, elle doit permettre à la salive et aux sécrétions de s'écouler sans obstacle : on conseille même de faire absorber de temps en temps un peu de liquide sans passer par la sonde. Un calibre 26 à 28 Charrière doit donc suffire au début : comme il est bon de remplacer tous les jours la sonde, on peut en profiter pour mettre au besoin une sonde un peu plus grosse.

Cette sonde doit occuper le conduit sur toute sa hauteur : en bas, il faut que le défilé diaphragmatique soit parfaitement dilaté. Pour éviter les vomissements, il est bon que son extrémité inférieure pénètre de 1 ou 2 centimètres dans la cavité gastrique. En haut, il faut éviter les réactions d'intolérance au niveau du pharynx : l'œsophage tolère bien la présence de la sonde, mais il n'en est pas de même pour l'hypopharynx. Le bout supérieur ne doit donc pas dépasser la bouche de l'œsophage, il sera amarré par un fil de soie sortant par le coin de la bouche. Chez l'enfant, il vaut même encore mieux que le bout supérieur de la sonde sorte par une narine.

On a longtemps reproché à cette méthode de donner lieu à des ulcérations de décubitus, et surtout à des nécroses de contact des cartilages du larynx. L'emploi de sondes pas trop grosses et pas trop dures évite ce double danger. Chez l'enfant, Hoag, Leegaard emploient des sondes de Nélaton. Par contre, des sondes trop molles sont inefficaces et s'affaissent trop facilement sur elles-mêmes, ce qui empêche d'alimenter le malade.

Le remplacement périodique de la sonde demande de la prudence, et, dans le cas d'un œsophage un peu difficile, justifie une nouvelle endoscopie.

b) La *dilatation intermittente* a été propagée par l'école viennoise vers 1922-1924 sous l'influence de Salzer et de ses élèves : elle consiste à faire passer tous les jours une sonde pleine, lestée, que le sujet laisse en place pendant un quart d'heure, et que l'on retire ensuite. Les séances sont journalières, on augmente progressivement leur durée ainsi que le calibre des sondes. Celui-ci varie des numéros 10 à 30 de la filière Charrière, suivant l'âge du malade. Les sondes sont lubrifiées au moyen d'une gelée (Bokay) ou d'une pommade percaïnée. On les laisse descendre sans forcer, par leur propre poids.

Le premier passage de sonde peut nécessiter une endoscopie, mais, s'il se fait facilement, on peut le faire par la suite à l'aveugle, en position assise. L'hospitalisation n'est même pas nécessaire, si le malade consent à se plier à l'assiduité indispensable.

La durée minima du traitement est de huit semaines, suivies d'ailleurs toujours de dilatations de sécurité périodiques. On a trop souvent tendance à espacer trop vite les séances, et à rendre de trop bonne heure sa liberté au malade.

La méthode de Salzer a suscité beaucoup d'enthousiasme. En Europe, ses principaux champions ont été Bokay, Erdelyi, van den Wildenberg. En Amérique, les modernes continuent à la prôner, affirmant qu'elle donne les résultats les meilleurs. Crowe considère qu'elle constitue la méthode de choix. Gellis n'a eu à déplorer qu'une seule sténose sur 41 cas traités de la sorte, alors que sur 14 cas non traités, il eut 6 sténoses.

Dans la technique initiale de la méthode viennoise, les dilatations étaient entreprises très tôt, du 5e au 6e jour. Salzer conseillait même de commencer dès le second jour, ou tout au moins dès que les phénomènes aigus du début étaient en régression. Par ses études histologiques expérimentales dont nous avons parlé plus haut, Belinoff a montré qu'une telle hâte n'était pas justifiée : les fibres collagènes ne faisant leur apparition dans la paroi en voie de cicatrisation que vers le 10e jour, c'est autour de cette date seulement que les dilatations pouvaient avoir une réelle utilité. D'ailleurs, le passage trop précoce d'une sonde, alors qu'il n'y a pas encore de séparation franche entre le mort et le vif, présente des dangers réels, même sous contrôle endoscopique. Le délai d'attente proposé par Belinoff a donc été admis presque unanimement : Fraenkel va même encore plus loin dans cette voie, car il ne commence les dilatations que vers le 13e ou 14e jour. Leegaard ne les entreprend jamais avant la deuxième semaine.

La routine actuellement admise peut donc se résumer ainsi : deux jours consacrés aux soins initiaux que nous avons vu plus haut, puis une semaine de repos pendant laquelle on fait absorber au malade des préparations à base de bismuth ou d'oxyde de titane, ou de l'huile scuroformée à petites doses. Endoscopie prudente autour du dixième jour, dont on profite pour passer la première sonde. Puis séances journalières, ou tri-hebdomadaires, dont on augmente peu à peu la durée, ceci pendant six à huit semaines. On espace ensuite les séances.

La méthode des dilatations intermittentes est séduisante, parce qu'elle est commode, et ambulatoire. Elle possède à son actif un très grand nombre de succès (Crowe, Leegaard, Uhde, Gellis, etc.). Mais il faudrait se garder d'un enthousiasme excessif. Dès le début, Lotheissen avait attiré l'attention sur ses inconvénients et ses dangers. L'œsophage brûlé ne tolère pas toujours très bien le passage répété d'une sonde : il peut y avoir des hémorragies, des réactions d'œdème, parfois même une poussée d'œsophagite qui oblige à interrompre le traitement, quitte à le reprendre ensuite dans des conditions moins favorables : tout se passe alors comme si les dilatations avaient favorisé la constitution d'une sténose qu'on aurait justement cherché à éviter. Belinoff, qui avait une grande expérience de la technique de Salzer, avait lui aussi insisté sur la nécessité d'éviter des dilatations trop répétées, chez certains malades. Sur un œsophage un peu difficile, le traumatisme répété du sondage n'est pas sans péril : les cas de médiastinite tardive par perforation ou même par simple éraillure sont nombreux.

En fait, il n'est pas possible de s'en tenir à une méthode toujours la même. Pour les cas faciles, dans les formes légères et même moyennes, la méthode de Salzer, sous réserve de ne commencer les dilatations que vers le début de la deuxième semaine, constitue la solution à la fois la plus efficace et la plus facile. Dans les formes sévères, et toutes les fois que le cathétérisme du conduit paraît délicat, à plus forte raison périlleux, il est plus sage de recourir à l'intubation permanente. Belinoff, Leegaard, Hoag s'accordent ainsi à employer dans certains cas la sonde à demeure : il est d'ailleurs logique d'associer les deux méthodes, et de pratiquer des dilatations régulières par la technique de Salzer après suppression de la sonde à demeure.

Il faut en outre tenir compte, comme le rappelle fort opportunément Leegaard, du degré de collaboration qu'on peut attendre du malade. La tactique ne peut pas être la même chez un adulte intelligent, désireux de guérir vite, et chez un jeune enfant. Pour la clientèle infantile, la plus nombreuse assurément, la méthode de Salzer peut donner des mécomptes, alors qu'il est si simple de mettre en place, par voie nasale, une sonde de Nélaton que l'enfant garde huit à dix semaines au moins. Dans les cas particulièrement difficiles, Leegaard propose même de mettre la sonde par œsophagotomie cervicale — tactique proposée par Belinoff au début de la guerre, et qu'il semble un peu exagéré d'utiliser chez l'adulte, en dehors des complications. Cette petite intervention est assez facile, même dans le jeune âge, mais sa technique est un peu spéciale : nous renvoyons pour cela le lecteur au travail de Leegaard. D'après cet auteur, cette intubation est parfaitement tolérée par les jeunes enfants, et donne des résultats encourageants.

Quelle que soit la méthode employée, le malade doit être longtemps suivi par la suite, radioscopiquement, et même endoscopiquement parfois : seul compte le résultat éloigné.

c) *Traitement spécial des formes compliquées.*

1° L'œdème du larynx nécessite parfois la trachéotomie.

2° L'atteinte légère de l'estomac relève seulement du traitement diététique et des pansements bismuthés. Les brûlures graves, au contraire, posent un problème délicat, surtout lorsque la perméabilité du pylore semble menacée. Les interventions sur l'estomac, quelles qu'elles soient, sont dangereuses, les sutures péritonéales étant précaires sur ces tuniques plus ou moins œdématiées et sphacéliques. La gastrostomie à la Witzel n'est pas possible. Plutôt que la gastro-entérostomie, que conseillait Henck, Hahn, et tout récemment Lemariey et Billet préconisent la jéjunostomie, avec enfouissement de la sonde à la Witzel. Cette méthode permet d'alimenter le sujet, d'une manière d'ailleurs déficitaire, mais elle n'assure malheureusement pas l'évacuation

des débris septiques qui s'accumulent dans l'estomac. Une aspiration continue par voie haute peut y remédier, mais encore faut-il qu'on puisse mettre en place la sonde œsophagienne, ce qui peut être bien difficile.

3° Les accidents médiastinaux, longtemps considérés comme au-dessus des ressources, peuvent être combattus par la pénicilline à hautes doses et par la cervicotomie, telle que nous l'avons décrite au sujet des perforations de l'œsophage. On profite d'ailleurs de l'intervention pour aborder l'œsophage à ciel ouvert, et pour y placer une sonde à demeure comme l'a proposé Belinoff en 1941. Vraiment idéale dans ces cas compliqués, l'opération de Belinoff permet à la fois : 1° de drainer d'une manière efficace la cellulite du médiastin ; 2° de placer le drain calibreur bien plus facilement que par la bouche, et de diriger ainsi la cicatrisation dans les meilleures conditions ; 3° d'assurer l'alimentation du sujet sans avoir à lui imposer une gastrostomie supplémentaire. Erdelyi ayant reproché à cette méthode de négliger la dilatation du bout supérieur de l'œsophage, Belinoff a répondu à cette objection en proposant d'introduire par la plaie deux drains calibreurs, l'un vers le bas, l'autre vers le haut.

Ainsi, nous voilà bien loin de l'abstention thérapeutique telle que la concevait von Hacker ou Guisez. Certes, les résultats ne sont pas très brillants dans l'ensemble, mais ils marquent un progrès appréciable. Le nombre de cas mortels a déjà considérablement baissé.

Cependant, nous estimons que l'on pourrait mieux faire encore par une *prophylaxie* plus active. Rien ne devrait être négligé pour mettre en garde le public contre les dangers de tels accidents : propagande par la presse, et surtout par l'écran. Chevalier Jackson avait depuis longtemps proposé de rendre obligatoire la conservation des liquides dangereux dans des récipients de forme spéciale, sous des étiquettes de couleur particulière : une loi américaine datant déjà de 1927 aurait diminué de plus de 50 % le nombre d'accidents par ingestion de soude. Chez nous, hélas, une mesure analogue risque d'être inopérante, les ménagères utilisant n'importe quelle bouteille pour l'alcali, l'esprit-de-sel, etc.

Tant que l'éducation du public sera aussi insuffisante, le moyen le plus rationnel consisterait à engager d'une manière formelle la responsabilité *pénale* de l'entourage. Celui qui laisse une bouteille pleine d'un liquide dangereux à la portée d'un jeune enfant commet une imprudence grave, qui mérite d'être sanctionnée. Du jour où la personne responsable d'un enfant saura qu'elle encourt six mois de *prison ferme* en cas de malheur, les brûlures de l'œsophage par caustique deviendront exceptionnelles, et nous ne verrons plus nos services encombrés par ces pauvres petits infirmes qui traînent là pendant des années, aux frais de la nation, avec ces sténoses dont le traitement, quoi qu'on en dise, se révèle si souvent décevant.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera les références classiques dans la thèse de Ill, Paris 1924, ainsi que dans le traité de Terracol sur les « maladies de l'œsophage ».

Belinoff. Le problème du traitement des œsophagites corrosives aiguës (*Monatschrift für Ohren*, décembre 1941).
— Est-il possible d'éviter les sténoses de l'œsophage par brûlure ? (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 5 avril 1941).
Bokay. Traitement des brûlures de l'œsophage par la méthode de Salzer (*Wiener Klinische Wochenschrift*, mars 1942).
Calvet. Communication à la Société de Chirurgie de Toulouse, 23 novembre 1941.
Crowe. L'empoisonnement par la lessive de soude (*Am. Journ. Diseases of Children*, juillet 1944).
Erdelyi. La sonde à demeure dans les brûlures aiguës de l'œsophage (*Monatschrift für Ohren*, avril 1942).
Gellis et Holt. La méthode de Salzer (*Annals of Otology*, décembre 1942).
Hanckel. La méthode de Salzer (*South. Med. Journ.*, mars 1946).
Leegaard. Les brûlures de l'œsophage par substances corrosives (*Journ. of Laryngology and Otology*, octobre 1945).
Lemariey et Billet. Brûlures graves œsophago-gastriques, indications de la jéjunostomie (*Annales d'oto-laryngol.*, sept. 1946).
Martin et Arena. Trois cas de brûlures de l'œsophage traités avec succès par la dilatation précoce (*South. Med. Journ.*, 1939, n° 32).
Trainer. Brûlure de l'œsophage d'un nourrisson par l'acide lactique (*Am. Journ. Diseases of Children*, mars 1945).
Uhde. Brûlures de l'œsophage par corrosif (*Annals of Otology*, décembre 1946).

ACTUALITÉS

A propos du choléra d'Egypte

La redoutable épidémie qui se produit en Egypte depuis plusieurs semaines semble avoir son origine du côté de La Mecque et peut-être des Indes où le choléra est endémique de toute antiquité ; de là sont parties toutes les épidémies qui ont atteint l'Europe.

Le choléra y était inconnu avant le XIXe siècle. D'autre part, depuis 1912, la réglementation sanitaire internationale avait efficacement protégé notre continent. Les récents événements d'Egypte ont-ils quelque responsabilité dans la fissure qui s'est produite ? Et ceux des Indes ? Telle est la question à laquelle on ne peut répondre à l'heure actuelle.

Les voies d'accès du choléra venu de l'Inde vers l'Europe sont toujours les mêmes : une voie terrestre ; Afghanistan, Perse ; deux voies maritimes : celle du golfe Persique vers la Perse et la mer Caspienne, celle de La Mecque, de l'Egypte et du bassin méditerranéen. C'est toujours par une de ces voies qu'à sept reprises le choléra a pu parvenir en Europe depuis le début du XIXe siècle (*cf.* Orticoni et A. Sartory. Revue générale : Le Choléra asiatique, *Gaz. Hôp.*, 1913, pp. 1805 et 1853).

1° Epidémie d'Astrakan (1817-1823). Venue de l'Inde par le golfe Persique, elle s'étend d'autre part à la Chine et aux Philippines.

2° Epidémie d'Europe et d'Amérique (1830-1837). Elle s'étend suivant deux parcours : *a*) Indes, Thibet, Russie, Europe Centrale, Angleterre, France.

Il y eut à Paris en 1832 8.000 morts en 18 jours et dans l'ensemble des départements 600.000 victimes. Envahissant la Belgique, par divers ports, l'épidémie déborda jusque sur l'Amérique.

b) Grâce au pèlerinage de La Mecque, la même épidémie s'étendit dans tout le bassin méditerranéen.

3° Epidémie de 1846-1861 qui aborda la France par le Nord et s'étendit ensuite à la vallée du Rhône.

4° Epidémie de 1865-1870. Partie du Bengale, elle atteignit La Mecque puis la Turquie, la Russie et enfin la France.

5° Epidémie de 1883-1887 : Egypte, Toulon, Paris, midi de la France. (C'est pour cette épidémie de choléra que fut construit à Paris, en 1883, en moins de trois mois et sous le nom d'Hôpital des Mariniers, le vieil hôpital Broussais.)

6° Epidémie de 1892-1894 : Russie, Allemagne (Hambourg), France (Paris et région parisienne), midi de la France.

7° Epidémie de 1908-1911 : Indes, Indochine, Indes Néerlandaises, Japon, Perse, Turquie d'Asie, Russie, Allemagne, Italie, France (Marseille).

Cette épidémie fit un retour offensif pendant la guerre balkanique de 1912 et Constantinople fut éprouvée (Simond et Pasteur Vallery-Radot, *in Gaz. Hôp.*, 1913, p. 117).

L'épidémie actuelle, huitième venue, paraît être issue de La Mecque en suivant les bords du canal de Suez. Elle coïncide avec une aggravation de l'endémie indienne à en juger par le nombre de doses de vaccin (700.000) déjà expédiées en Pakistan par l'Institut Pasteur de Paris. Pour ce qui intéresse l'Occident, elle ne paraît pas avoir quitté le bassin du Nil ; elle y paraît sévère puisque dans la région de Ismaïlia et dans le nord-est de l'Egypte on signalait au début d'octobre 373 décès survenus depuis le début de septembre, que le 28 octobre on la trouvait étendue à l'Egypte entière avec 6.000 décès depuis le début et que le gouvernement égyptien décidait de supprimer durant quatre jours toute circulation ferroviaire sur l'étendue du territoire égyptien entier.

Le choléra est dû, on le sait, à un agent microbien, le vibrion, que Koch découvrit en 1883, pendant l'épidémie égyptienne dans

les grains riziformes des selles de cholériques. Ainsi que le rappellent F. Bezançon et P. Gastinel dans leur récent ouvrage (*Pathologie médicale, Maladies infectieuses*, t. I, Paris, Masson et Cie, 1947) c'est en étudiant, en 1894, le choléra expérimental que Pfeiffer découvrit la transformation en granules du vibrion cholérique inoculé dans le péritoine de cobayes vaccinés, transformation accomplie dans l'heure de l'injection. C'est l'étude du même vibrion qui montrait à Bordet le même phénomène réalisé *in vitro* de l'agglutination du vibrion ou des granules, agglutination relevant de la présence d'une sensibilisatrice. On trouve là des bases de procédés diagnostiques qui étendus à d'autres affections nous sont devenus familiers sous le nom de *réactions de fixation :* diagnostic de la fièvre typhoïde (F. Widal et Louis Le Sourd) diagnostic de la syphilis (réaction de Bordet-Wassermann). Le vibrion ou bacille virgule se trouve dans les selles des cholériques. Sa vitalité varie entre quelques jours et plusieurs mois, cause vraisemblable des faits de contagion tardive et de certaines recrudescences d'épidémie après accalmie. Le choléra se transmet par contagion directe du fait de l'eau et des crudités qu'elle a souillées, ou par la fréquentation de porteurs de germes (porteurs convalescents ou porteurs sains).

Il ne récidive pas en général, une première atteinte conférant l'immunité.

La saison paraît avoir une influence certaine : une température relativement élevée favorise le développement de l'épidémie. La mauvaise saison ne jugule cependant pas une épidémie en cours. En 1832, c'est en mars que le choléra entre à Paris le 1er avril il peuple assez les hôpitaux pour que Casimir Périer accompagnant le duc d'Orléans à l'Hôtel-Dieu s'y contamine, tombe malade cinq jours plus tard pour mourir le 16 mai ; l'immunité du printemps et de l'automne n'est donc pas absolue. Il faut aussi ne pas oublier la loi du Hedjaz « qui constate le rôle favorisant de fêtes musulmanes tombant en été et en hiver ». (Chantemesse et Borel).

Tous les âges sont menacés mais surtout les enfants. Les professions les plus exposées sont celles de médecin, d'infirmière, de blanchisseur. Les agglomérations, les exodes de population et la misère qui les accompagne sont des causes favorisantes comme Simond et Pasteur Vallery-Radot l'ont constaté lors de la guerre balkanique de 1912, cette esquisse des temps qui venaient.

L'incubation du choléra varie entre quelques heures et 5 à 6 jours, souvent marquée par une diarrhée prémonitoire, d'autant plus dangereuse que parfois inaperçue, elle est pourtant par sa richesse microbienne un puissant agent de diffusion de la maladie.

Notre intention n'est pas d'entrer ici dans le détail d'une description clinique ; assez souvent depuis que la médecine est majeure le choléra a pu être observé et jusqu'à présent l'épidémie égyptienne ne s'est signalée par aucun trait jugé assez nouveau pour être publié.

L' « attaque » de choléra est d'emblée complète avec ses vomissements, sa diarrhée riziforme, les crampes, le facies cholérique, l'anurie, l'algidité.

Les formes cliniques sont nombreuses; il en est de légères, abortives, diarrhée simple et passagère avec anorexie et asthénie mais aussi dangereuse pour l'entourage que les diarrhées plus caractéristiques; il en est au contraire de foudroyantes, tuant en quelques heures avant toute diarrhée (choléra sec), semant la terreur en temps d'épidémie, terreur qu'évoquent certaines pages romantiques d'Eugène Süe, romancier et médecin. Entre ces extrêmes : formes pauvres en signes digestifs et parfois sans crampes ; formes à symptomatologie complète ; formes algides ; formes larvées, angineuses simulant l'angor pectoris; formes enfin suivant l'âge, le choléra étant habituellement plus redoutable pour l'enfant que pour le vieillard.

Lorsque manque l'élément capital de la diarrhée à grains riziformes, ou en pays jusque-là indemne, le diagnostic peut être d'une réelle difficulté. Lorsque la notion d'épidémie, à tort ou à raison n'entre pas en ligne de compte, c'est à une intoxication qu'on pourra croire avoir affaire : parmi les intoxications alimentaires, intoxication par champignons, où la notion des cas multiples et simultanés peut aider à la confusion ; intoxications médicamenteuses criminelles ou non parmi lesquelles l'empoisonnement par l'arsenic ou par le tartre stibié peuvent offrir la plus grande ressemblance avec certaines formes de choléra.

En pays tropical souvent infesté de paludisme et surtout chez les sujets à antécédents malariques, c'est l'accès pernicieux algide cholériforme qui peut le plus aisément causer une méprise en l'un ou l'autre sens. L'examen de sang, les épreuves de laboratoire et surtout la présence ou l'absence de grains riziformes dans les selles sont les éléments principaux du diagnostic. Le traitement d'épreuve par la quinine, préconisé par Laveran, peut aussi rectifier l'orientation clinique. Sans doute aussi autrefois a-t-il pu y avoir une confusion devenue moins excusable en l'état actuel de nos connaissances avec l'ensemble des syndromes abdominaux que la médecine d'antan confondait sous la dénomination de coliques de miserere. Dans cet ensemble de signes fonctionnels qu'accompagne un état général rapidement alarmant, l'éducation clinique permet actuellement une analyse plus précise qui met à leur vraie place les appendicites hypertoxiques, les perforations intestinales avec leur syndrome toxique primant les manifestations d'infection locale, certains étranglements internes et certaines occlusions à caractère anatomique particulier où l'état cholérique ou cholériforme se développe rapidement.

Mais en temps d'épidémie l'orientation préalable vers le choléra doit toujours entrer en balance avec les autres possibilités, quelle que soit la banalité apparente d'une diarrhée.

Les traitements anciens, purement empiriques ou dialectiquement fondés ont leur valeur... faible... C'est à l'heure actuelle dans l'ensemble une médication symptomatique qui constitue le plus clair de notre richesse. Les progrès de la physiologie pathologique permettent de lutter contre la déshydratation : injections hypertoniques, salées ou glucosées permettent de lutter mais sans grand espoir de succès si les circonstances sont graves.

De traitement vraiment curatif contre le choléra, la médecine actuelle n'en possède encore aucun. Il n'y a pas de sérum curatif : la pénicilline est absolument impuissante et l'on n'a rien encore publié au sujet d'autres antibiotiques ni de médicaments chimiothérapiques. Il existe peut-être un bactériophage anticholérique mais les résultats connus jusqu'ici ne permettent aucune conclusion.

Tous nos moyens se résument donc dans la prophylaxie, en particulier la protection de l'eau.

La vaccination préventive d'abord, qui a fait ses preuves et est la pièce maîtresse de la prophylaxie individuelle. Elle fut d'abord utilisée par Ferran, de Barcelone, Haffkine aux Indes, fit usage d'un vaccin vivant atténué. Actuellement l'Institut Pasteur prépare un vaccin chauffé contenant 4 milliards de germes au cmc. On en fait deux injections à six jours d'intervalle ; l'immunité conférée est évaluée à un an. En ces derniers temps les Américains ont pratiqué en Egypte la désinfection des sites au moyen de nuages de D. D. T. projetés par avion pour la destruction des insectes vecteurs.

La prophylaxie collective a depuis des années prouvé son efficacité et étouffé bien des épidémies. Elle est organisée selon les conventions internationales ; celle du 17 janvier 1912 a complété la convention antérieure de 1903. Elle comporte la notification des cas, en existence et en nombre, et celle des mesures prises ; depuis 1913 ces dernières ont montré leur efficacité. La surveillance, au départ et au retour, des pèlerins de La Mecque s'était faite plus vigilante. En ces derniers temps le remplacement de bateaux par des avions de transport à nombre de passagers limités a pu créer, malgré une surveillance apparemment plus aisée, une fissure dans le barrage du fait de la brièveté du voyage.

La protection des frontières terrestres ne comporte pas de quarantaine mais tout Etat a le droit reconnu de fermer ses frontières s'il le juge nécessaire. Il n'en reste pas moins que le nombre grandissant d'avions en circulation dont certains échappent certainement à tout contrôle, qu'il soit douanier ou sanitaire, ne peut que favoriser en dépit de la perfection des mesures collectives, l'extension par foyers sporadiques des épidémies d'origine extérieure. La vigilance des cliniciens doit donc augmenter et les mesures de prophylaxie collective (hygiène des eaux, déclaration, désinfection) et individuelle (vaccination) se faire aussi plus rigoureuses.

Espérons que l'épidémie actuelle restera localisée. Nous sommes assurés que les services sanitaires de notre pays comme nos hôpitaux ne seraient pas pris au dépourvu dans le cas contraire.

R. Levent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1947

La crise alimentaire en France et dans le monde. — M. A. MAYER. — Dans une communication dont il est inutile de souligner la gravité, M. André Mayer rappelle que la production agricole de la France lui permettait avant la guerre de fournir à ses habitants une ration de 3.000 calories environ ; le déficit dans la production métropolitaine ne portait guère sur les corps gras ; l'importation de la France d'outre-mer ou de l'étranger y parait moyennant une dépense que le pays pouvait supporter.

Actuellement il existe en France de graves déficits alimentaires : corps gras, lait surtout, glucides également. L'Union française, déficitaire elle-même, ne peut aider à les combler même l'Algérie. De plus les moyens de paiement extérieur ont disparu.

Enfin les pays étrangers eux-mêmes, les destructions de la guerre, les intempéries, les maladies des végétaux aidant, sont tous déficitaires sur quelque chapitre ; 1947 a été plus éprouvé encore que 1946. Aussi le risque de disette existe-t-il dans les grandes villes des deux hémisphères. Pour les céréales panifiables le déficit est de 18 millions de tonnes, pour les graisses de 2.000.000 de tonnes ; de plus l'inégalité des prix pratiqués et les inégalités monétaires entravent encore le peu des échanges qui se font.

En tous pays les mesures prises par les gouvernements ne peuvent avoir quelque efficacité que si elles reçoivent l'appui de l'opinion et de la portion éclairée de la population. Il est dans la population des fractions qui doivent être prioritaires ; il en est qui sont « vulnérables » et parmi ces dernières il en est, enfants, adolescents, qui sont par nature peu défendues et surtout dans les grandes villes plus éprouvées en pratique que les campagnes par la pénurie.

La défense des « vulnérables » sans défense doit être exercée par le corps médical, individuellement et professionnellement. Il doit étudier les problèmes, étudier les solutions proposées, en surveiller l'application, le rendement, préconiser les améliorations que doivent recevoir les mesures appliquées et les plans à établir.

Nævus angiomateux veineux récidivant après opération. — MM. GOUGEROT et CARTEAUD. — La récidive après destruction ou ablation des nævi en général et des nævi angiomateux en particulier pose le problème de la conception des nævis, néoplasies bénignes, proposée dès 1918 par l'un des auteurs ; celui de la pathogénie de l'équilibre des forces entre nævus récidivant et les tissus sains qui s'opposent à son développement, opposition efficace alors qu'elle est surmontée par les tumeurs malignes ; celui du déclenchement de la récidive et de la notion récente du centre d'induction.

Séjour d'altitude et enseignement secondaire. — M. ARMAND-DELILLE. — Les séjours prolongés en altitude nécessaires à certains enfants qui ne sont pas des malades sont une gêne pour des études, elles aussi nécessaires. Le collège d'altitude projeté à Embrun est différé ; Briançon par contre (1.300 m.) possède un collège d'altitude dont l'internat, trop restreint, vient de recevoir le secours d'une pension-annexe pour élèves externes.

La création d'autres établissements analogues, en particulier pour les jeunes filles est une nécessité.

Présentation d'un film sur le train radiologique de la S. N. C. F. (région Sud-Ouest) pour le dépistage de la tuberculose. — M. L. BAZY.

Contribution à l'étude des systèmes enzymatiques de deux bactéries ferrugineuses. Facteurs inhibiteurs de la catalase ; leur rôle comme agent bactéricide. — MM. A. SARTORY et MEYER.

L'œuvre sanitaire de l'U. N. R. R. A. en zone française d'occupation en Allemagne. — M. DES CILLEULS. (Présentation faite par M. TANON.) — L'activité de l'U. N. R. R. A. s'est surtout mais non exclusivement adressée aux « personnes déplacées », en particulier Polonais et Baltes, près de 55.000 personnes en 1946. 37 médecins et 46 nurses assurent le fonctionnement de plus de 50 dispensaires, d'infirmeries, de maternités, de services de spécialités. 242.000 consultations ont été données dont 143.000 de médecine générale ; près de 75.000 vaccinations diverses ont été pratiquées, sans incidents. Le dépistage de la tuberculose, les diverses prophylaxies, les mesures d'hygiène et de prophylaxie, la formation d'un corps de nurses, l'enseignement de la puériculture, la surveillance de l'alimentation ressortissent également à cette organisation.

L'influence de l'alimentation en eau sur l'évolution de la fièvre typhoïde à Nice. — MM. RIMATTEI, LEBOUT et GAUD. — (Présentation faite par M. TANON.) — De 1887 à 1891, il y a eu 81 décès pour 1.000 fièvres typhoïdes ; de 1937 à 1941 il n'y en a eu que 5,06 pour 1.000. Le rapport morbidité-mortalité est passé de 0,25 en 1912-1916 à 0,14 en 1937-1941. Dans la moitié des cas l'étiologie reste inconnue .

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1947

Occlusion du grêle dans la brèche mésocolique laissée béante après gastrectomie. — M. JOUANNEAU. — M. Cadenat, rapporteur. — M. L. Bazy cite une observation similaire.

Onze ulcus peptiques opérés : enseignements. — MM. ABADIE et COUNIOT ont eu l'occasion d'observer 5 ulcères peptiques pour 1.000 gastrectomies personnelles. M. Abadie passe en revue les causes qui ont pu être invoquées à l'origine de cette complication ; le rôle de la vagotonie peut justifier l'intervention de Dragsted.

L'œsophage court congénital dans la chirurgie. — M. RESANO expose les aspects que peut revêtir cette malformation ; comme il s'agit d'une ectopie embryonnaire la portion de l'estomac qui se trouve au-dessus du diaphragme est dépourvue de péritoine et présente des anomalies vasculaires. Le diagnostic doit toujours être confirmé par l'œsophagoscopie ; il existe un rétrécissement avec une muqueuse très rouge ayant un aspect pachydermique ; lorsque le tube a franchi le diaphragme on aperçoit une seule paroi gastrique. L'ampoule phrénique est une image physiologique et à l'origine de fréquentes erreurs de diagnostic. Un seul signe de certitude pour affirmer le diagnostic d'œsophage court : la présence de muqueuse gastrique reconnue par biopsie existant au-dessus du diaphragme.

L'œsophage court congénital n'exclut pas la possibilité du développement d'un ulcère ou d'un cancer de l'estomac, affections avec lesquelles il est parfois difficile de les reconnaître la symptomatologie clinique pouvant égarer le diagnostic. M. Resano insiste sur l'intérêt que comporte la connaissance de cette malformation à une époque où l'on a tendance à intervenir fréquemment sur l'œsophage.

Transplantation libre de peau totale. — M. ZENO (Rosario) présente un film fort intéressant sur sa technique.

Pleurésie putride consécutive à une embolie guérie par injections de streptomycine « in situ » et pleurotomie « a minima ». — MM. DUBOIS-ROQUEBERT, PECOULÉ et ROBILLET.

Six observations d'enclouage centro-médullaire. — M. LEPICARD. — M. BOPPE rapporte ces six observations qui concernent des cas difficiles dans lesquels ce procédé de synthèse a permis d'obtenir un bon résultat.

Résection de la clavicule pour tumeur à myéloplaxes. Plastie osseuse au moyen du péroné. — Présentation du malade. — M. REDON.

CHRONIQUE

Le Congrès français de médecine
(Paris, 16-18 octobre 1947)

C'est dans des circonstances troublées par la grève des transports parisiens que viennent de se tenir à Paris plusieurs Congrès importants où de nombreux savants étrangers étaient conviés. Il est vraiment admirable que ces réunions aient eu le succès qu'elles viennent d'obtenir.

On le doit, en ce qui concerne le Congrès français de Médecine, aux organisateurs, aux secrétaires généraux, MM. Justin-Besançon et A. Laporte, au trésorier, M. Etienne Bernard. Avec beaucoup de dévouement, ils ont essayé de parer à la carence des transports en mobilisant des confrères à auto pour aller dépanner dans les gares les hôtes étrangers. Ces confrères dévoués ont droit à la reconnaissance de tous. Mentionnons que certains membres étrangers, avisés et prudents, n'avaient pas hésité à faire le voyage de Paris dans de superbes autocars, tels les médecins sarrois et les médecins italiens.

Ce préambule était nécessaire pour montrer quelques-unes des difficultés qu'eurent à surmonter les organisateurs.

Le succès du Congrès n'en fut que plus éclatant.

Le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine était plein lorsque s'ouvrit, avec quelques minutes seulement de retard, la séance inaugurale.

M. R. Prigent, ministre de la Santé publique, présidait. A ses côtés avaient pris place M. le professeur Lemierre, président du Congrès ; M. le doyen Léon Binet ; MM. Laubry, Rist, le médecin général de 1re classe de la Marine Le Chuiton, vice-présidents, et M. Justin-Besançon, secrétaire général.

Dans l'hémicycle, à côté des autres vice-présidents, le médecin général inspecteur Vaucel, et le médecin général Debenedetti, on remarquait M. Joxe, directeur général des Relations culturelles, le médecin général Hombourger, le médecin général Clerc (Air) et de nombreux confrères et étrangers. Citons notamment le Dr Paquette, ministre de la Santé de la province de Québec, le Dr Marcoux (de Québec), le professeur Roch (de Genève), le professeur Rietti (de Ferrare), le professeur Roskam (de Liége), le Dr Pavel (de Bucarest), le Dr Darier (de Bâle).

Les membres provinciaux étaient nombreux : MM. le professeur Cade (de Lyon), secrétaire général de l'Association des Médecins de Langue française et le professeur Pierre Delore (de Lyon), secrétaire général adjoint, voisinaient avec MM. les doyens Cornil (Marseille), Hermann (Lyon) et Gaston Giraud (Montpellier). Le doyen honoraire Baudouin était près du médecin inspecteur général Gauthier. On remarquait plus loin MM. les professeurs M. Perrin, Merklen, Abel, Caussade, de Lavergne (Nancy), Rohmer, Woringer, Weill (Strasbourg), Gernez, Huriez et Langeron (Lille). Nous renonçons à citer tous les professeurs et agrégés de Paris et les nombreux représentants du corps des hôpitaux et du Val-de-Grâce.

Le ministre ayant déclaré ouvert le Congrès donna la parole au président, M. le professeur André Lemierre.

Après avoir remercié le ministre d'avoir honoré la séance de sa présence, M. Lemierre adressa au recteur et au précédent recteur l'expression de sa gratitude pour leur aide constante sans laquelle le Congrès n'aurait pu avoir lieu. Ses remerciements allèrent encore à M. Joxe, directeur général des Relations culturelles, puis au doyen Binet et au doyen honoraire Baudouin. Il souhaita la bienvenue à tous les congressistes, en particulier aux fidèles amis venus du Canada et à M. le Dr Paquette, ministre de la Santé de la province de Québec.

Il adressa enfin à ses collègues du bureau, à M. Justin-Besançon, secrétaire général, à M. Etienne Bernard, à M. Laporte, à M. Georges Masson, ses remerciements pour leur dévouement.

Le président ne pouvait oublier les confrères disparus depuis le dernier Congrès. Avec émotion, il rappelle le souvenir de Fernand Arloing, Emile Sergent, Vallée, Marcel Brûlé, Lemoine (de Lille), Marcel Labbé, Pierre Abrami, Jean Troisier, enfin Philippe Pagniez...

La tradition veut que le président, dans son discours inaugural, mette au point une question de pathologie générale.

Le temps n'est plus, dit M. Lemierre, où un homme seul pouvait, en restant égal à lui-même, écrire le véritable traité que nécessiterait actuellement un tel sujet.

Il se limita donc à une revue de la Thérapeutique des maladies infectieuses avant les sulfamides et la pénicilline.

Et ce fut pendant une heure une magistrale leçon, telle qu'on pouvait l'attendre de lui. Admirable de clarté, M. Lemierre enchaîna les faits principaux survenus depuis cinquante ans.

Le fait le plus important fut la sérothérapie antidiphtérique que Roux et Martin firent connaître en 1894 au Congrès de Budapest.

Négligeant les vaccinations préventives hors du sujet, M. Lemierre rappelle la vaccinothérapie du tétanos par l'anatoxine (Ramon), les sérums antimicrobiens (Wright), l'antigénothérapie que Widal, Abrami et Brissaud avaient englobée dans le cadre des pyrétothérapies, puis ce sont les travaux sur l'allergie et l'hétéro-allergie. M. Lemierre cite notamment les beaux travaux de Reilly qui montrent que la vaccinothérapie spécifique n'est vraiment active que si elle est liée à la sensibilisation allergique du sujet.

C'est ensuite la thérapeutique du choc, avec ses incidents souvent dramatiques. Widal disait volontiers à ce sujet : « Nous manions la foudre. » Les travaux de Reilly sont encore venus éclairer le sujet en précisant le rôle du système neuro-végétatif dans le choc thérapeutique.

En définitive, dit M. Lemierre, on peut constater que la diphtérie occupe encore une place privilégiée. Sauf la sérothérapie antidiphtérique, toutes les médications de ces dernières années pâlissent en effet devant la chimiothérapie, les sulfamides et la pénicilline.

Désormais les espoirs demeurent grands, Ceux de notre génération verront sans doute aboutir enfin la lutte contre la tuberculose.

« Mais, dans l'enivrement de cette victoire, sachons rendre hommage à tous ceux qui, pendant ce demi-siècle, se sont lancés dans la mêlée et ont, avec des fortunes diverses, soutenu l'effort du combat.

« Ne jetons pas au rancart les méthodes anciennes dont je vous ai parlé aujourd'hui, dit en terminant M. Lemierre. Malgré leurs imperfections, malgré leurs défaillances, n'oublions pas les services qu'elles nous ont rendu. Elles n'ont pas dit leur dernier mot et, parfois encore, nous sommes et nous serons heureux de les retrouver. »

Quand les applaudissements prolongés se furent calmés, M. Justin-Besançon, secrétaire général, remercia à son tour le ministre dont l'appui sous toutes les formes fut constant. Puis dans les termes les plus heureux, il souhaita la bienvenue aux congressistes et aux personnalités présentes. Il montra l'énormité de la tâche assumée par les organisateurs, MM. A. Laporte, Etienne Bernard et Georges Masson. Si le succès a répondu à leurs efforts, c'est au président qu'on le doit.

Dans le rapport très complet de M. le Secrétaire général, on peut cependant constater une lacune. Il a remercié comme il convient le président, le rapporteur et ses propres collaborateurs. Mais il n'a soufflé mot de la part qu'il a prise lui-même, n'omettant aucune démarche, n'oubliant aucun détail, payant sans cesse de sa personne, sans ménager sa peine pour

arriver à l'organisation parfaite que tous ont pu admirer.

Il fut vivement applaudi.

Le Ministre prononça enfin une élégante allocution où, à propos du Congrès, il fit un bel éloge de la Langue française dont les membres de l'Association sont les infatigables propagandistes. Son discours fut fort apprécié.

***

Après une courte suspension de séance, le Congrès aborda l'étude de la première question.

Dans un prochain numéro, nous en publierons le compte rendu.

F. L. S.

INTERETS PROFESSIONNELS

La réforme de l'enseignement

Ici même, le 28 juin dernier, j'ai exposé que le brevet supérieur ne pouvait remplacer le baccalauréat, car il n'est son équivalent ni en droit, ni en fait. Nous pouvons ajouter : Ce décret sur le brevet supérieur est immoral, car il nivelle par en bas.

Depuis la Renaissance, le progrès humain en France s'était développé grâce à une formation classique de l'esprit selon la tradition des civilisations gallo-romaine, hellénique et chrétienne.

La Révolution de 1789 fut essentiellement intellectuelle et humaniste et menée par des chefs formés aux disciplines classiques. Et l'enseignement issu du nouveau régime maintint les lignes essentielles des programmes du Grand Siècle en y insérant les principes des Encyclopédistes. Napoléon, créant les lycées nationaux avec son empreinte, voulut conserver les méthodes d'enseignement qui avaient donné à la France des cadres toujours remarquables.

Les IIe et IIIe Républiques firent évoluer les programmes selon les plans qui avaient fait leurs preuves. Les Jésuites et les anciens élèves de Normale supérieure enseignaient également Cicéron, Rabelais, Bossuet, Voltaire et Renan. C'était l'enseignement **libéral.**

***

En 1947, cette conquête de 89 est abattue parce que « οι αριστοι » — **les meilleurs** — arrivaient en tête aux examens et concours, et on leur en préfère d'autres. Comprenne qui pourra, car on essaie de nous prouver le contraire. Notre enseignement, avec ce faible légitime qu'il avait pour les « meilleurs » n'était pas démocratique ! On joue sur les mots, car Joffre, ex-boursier du collège communal de Perpignan, a commandé en chef à de nombreux fils de la vieille France qui le respectaient et l'aimaient.

La réforme décidée veut détruire l'esprit libéral de l'enseignement dans un but de **guerre sociale.** Médecins qui me lisez, ne sous-estimez pas mon exposé, car si vous laissez faire la réforme, ce sont vos fils dont on arrêtera les études et par-dessus vous, je m'adresse aux intellectuels en général qui conservent leurs yeux trop fermés. Voici en effet ce que le Conseil supérieur de l'Education nationale a décidé en juillet 1947 et fait approuver sous forme de décret.

Laissant de côté les programmes primaires, passons à **l'ex-enseignement secondaire** : le 1er cycle et le 2e degré reparaissent comme sous François-Albert ; l'ex-Ecole primaire supérieure ou E. P. S. est une fois de plus fondue avec le secondaire sous le nom de **Collège moderne** (répétition du temps de Vichy), mais sans latin ni grec.

Deux cycles se partagent l'ex-secondaire redevenu second degré. Le 1er cycle englobe les classes de 6e, 5e, 4e et 3e ; le 2e cycle les 2e et 1re. De la philosophie et des mathématiques élémentaires qui clôturaient le secondaire par une spécialisation très poussée, on n'en parle plus, on a dû les oublier... parce que la classe de philo apprenait au lycéen à s'émanciper et celle de math à bien raisonner pour construire. L'une préparait au rêve, l'autre au réalisme, deux états d'esprit d'homme libre, ce qui ne doit plus être.

Par contre, trois innovations en matière **d'examen** sont à relever : le **brevet supérieur de l'enseignement primaire** assimilé récemment au **baccalauréat serait** supprimé ; mais le brevet **élémentaire** de l'enseignement primaire devient le **brevet d'études du 1er cycle du 2e degré** et se place à la fin de la classe de 3e (comme l'ancien certificat de grammaire) et donne des droits identiques au précédent.

Sera-t-il obligatoire pour passer dans le 2e cycle ? Ce n'est pas encore réglé ; mais il sera une **halte** au milieu de l'ex-secondaire ou **2e degré** et donnera accès à des emplois subalternes comme la Régie des tabacs, le Ravitaillement, les futures écoles de sous-officiers rengagés, les écoles de police et de gendarmerie, les écoles de sages-femmes, de pompiers civils, d'agriculture, etc.

Au moins le brevet élémentaire défunt ouvrait les portes de la pédagogie de l'enseignement primaire ; son successeur est descendu plus bas et ce n'est pas un progrès. Le danger c'est qu'il devienne un prébaccalauréat **obligatoire** arrêtant tous les enfants qui ne l'auront pas obtenu.

Toutefois il est question de faire du **baccalauréat** une sorte d'examen **sur titres** pour les titulaires du brevet d'études du 1er cycle (ex-brevet élémentaire), accompagné d'un oral, dit **amical !...**

Auquel cas les Facultés n'auraient qu'a imposer un examen d'entrée **implacable** à base de culture générale.

***

Le brevet devient ce qu'était le baccalauréat, le vrai barrage au delà duquel les **orienteurs** fixeront à la jeunesse ce qu'elle aura le droit de faire selon ses notes aux examens d'entrée au lycée et les résultats acquis par elle audit brevet. Les jeunes gens seront dirigés vers des carrières qui leur seront indiquées et peut-être **imposées,** car jusqu'à 18 ans, ils seront parqués dans des écoles.

Le non-titulaire du baccalauréat sera dirigé sur les sous-branches de l'enseignement technique dont j'ai plus haut donné un aperçu.

Le brevet devient l'arbitre, et non le baccalauréat, ce qui est un recul intellectuel notoire. Que feront les orienteurs des jeunes qui ne travailleront nulle part parce que n'ayant d'aptitude pour rien ? Leur cas est à l'étude et l'on envisagerait pour eux la suppression de la carte d'alimentation, celui qui ne travaille pas ne gagnant pas son pain à la sueur de son front...

Tel est, brossé à grands traits, le **résidu** des super-travaux des super-commissions d'études pour qui Virgile, Lucrèce, Villehardouin, Ronsard, Racine, Rousseau, Hugo, Zola et Rostand sont des **aristocrates** que la jeunesse doit ignorer. Rousseau Hugo et Zola sont des « réactionnaires » dont l'œuvre sera brûlée.

Les sceptiques du monde médical comprendront-ils leur devoir et écouteront-ils longtemps ceux qui se contentent de cette réforme ?

Maurice Mordagne.

P.-S. — Je ne suis pas l'ennemi de l'ex-brevet **élémentaire,** mais je dis : chaque examen à sa place et avec ses prérogatives.

VITAMINES BYLA

AMUNINE
(Vitamine A)
Gouttes - Chocolatés
Ampoules - Pommades

IRRASTERINE
(Vitamine D)
Gouttes - Chocolatés

IRRASTERINE FORTE
(Vitamine D_2 cristallisée 15 mg.)
Ampoules buvables

VITAMINE B_1
Comprimés - Ampoules

VITAMINE E
Comprimés - Ampoules

VITAMINE C
Comprimés - Ampoules

VITAMINE P.P.
Comprimés - Ampoules

Laboratoires d'Endocrinologie Appliquée
Concessionnaire des Marques des
ÉTABLISSEMENTS BYLA
26, avenue de l'Observatoire - PARIS



CHLORO-CALCION

Traitement du Parasitisme intestinal
par les Pyréthrines (du Pyrèthre)

C. R. Acad. Sciences, p. 1847, 1928.
C. R. Acad. Médecine, 24-4 1928.
C. R. Soc. Thérapeutique, 9-5 1928.

CHRYSÉMINE

Pyréthrines Carteret

Sans contre-indications
Aucune toxicité

Dose quotidienne pour adultes :
Ascaris, Oxyures, tous helminthes et protozoaires = cent cinquante **GOUTTES** ou trois **PERLES**.
Trichocéphales et Tœnias = trois cents **GOUTTES** ou douze **PERLES**.
Pour les enfants, abaisser ces doses suivant l'âge en commençant par L gouttes.

Prescrire :

CHRYSÉMINE (Gouttes). — La dose quotidienne à prendre en *une seule fois* le matin à jeûn dans un peu de lait ou d'eau sucrée pendant 3 à 5 jours consécutifs. — Renouveler la cure après un repos de 8 jours, en augmentant progressivement les doses ci-dessus au cas où les premiers résultats paraîtraient insuffisants.

CHRYSÉMINE (perles glutinisées). — La dose quotidienne en *une seule fois* également, pendant 2 ou 3 jours consécutifs.

Laboratoires CARTERET, 15, rue d'Argenteuil, PARIS (1er)

Dépôt légal. — 1947. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

25 N° 45. — SAMEDI 8 NOVEMBRE 1947 120e ANNEE Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. — Etranger, 600 fr. Chèques Postaux Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — Rédacteur en chef . Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux psychiatriques de la Seine et établissements départementaux d'assistance

Un concours pour le recrutement d'Internes titulaires en pharmacie des hôpitaux psychiatriques de la Seine, du groupe hospitalier Paul-Brousse à Villejuif, de l'Institut du Cancer et de l'hôpital Franco-Musulman, s'ouvrira à Paris, le 4 février 1948.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service des Etablissements départementaux d'assistance, 1er bureau annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau, escalier A, 1er étage, porte 150) tous les jours, dimanches, samedis après-midi et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 1er décembre 1947 au 20 décembre 1947.

Hôpital psychiatrique du Jura. — Un emploi d'interne est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Saint-Ylie, par Dôle (Jura). Traitement 85.800 fr., indemnités comprises. Avec les avantages en nature suivants : logement, chauffage, éclairage, nourriture, blanchissage. Une indemnité annuelle de 5.000 fr. est allouée aux internes titulaires du diplôme en médecine.

Prière aux candidats d'adresser leur demande au directeur en y joignant : extrait de naissance, certificat de bonne vie et mœurs, casier judiciaire, certificat de scolarité.

Faculté de Médecine de Paris

Chaires vacantes. — Le Conseil de la Faculté a fait le 23 octobre les présentations suivantes :

CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE : en première ligne : M. Turpin ; en seconde ligne : M. Brouet.

CHAIRE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE : en première ligne : M. Bariéty ; en seconde ligne : M. Mouquin.

Conférence. — Une conférence sera faite par M. le docteur Macdonald Critchley, médecin du National Hospital, de Londres, le mercredi 12 novembre 1947, à 10 h. 30, à l'amphithéâtre Charcot de la Cinique des maladies du système nerveux (Prof. : Th. Alajouanine).

Elle aura pour sujet : « Les répétitions de parole et les allitérations ».

Légion d'honneur

Conseil de l'Ordre national de la Légion d'honneur. — Par décret en date du 28 octobre 1947, M. le professeur Fernand Besançon, membre de l'Académie de Médecine, grand officier de la Légion d'honneur a été nommé membre du Conseil de l'Ordre national de la Légion d'honneur. (J. O., 29 octobre 1947.)

Santé publique

Inscription de médicaments. — Le J. O du 30 octobre 1947 publie l'arrêté du 17 octobre portant inscription ou Recueil de formules de médicaments de prescription concernant un certain nombre de préparations médicamenteuses.

Décret n° 47.2109 du 22 octobre 1947 réformant le régime de la médaille de la Famille française.

Voici l'essentiel de ce décret :

Article premier. — La médaille de la Famille française est une distinction honorifique accordée, dans les familles françaises, aux mères qui ont dignement élevé de nombreux enfants, afin de rendre hommage à leur mérite et de leur témoigner la reconnaissance de la nation.

Ne peuvent obtenir cette distinction que les mères de famille de nationalité française dont le mari et les enfants sont français, et qui, par leurs soins éclairés, leur activité laborieuse, leur dévouement et leur exemple, ont fait un constant effort pour élever leurs enfants dans les meilleures conditions matérielles et morales, et leur inspirer le sentiment de l'honneur, l'amour du travail, l'attachement au foyer et le souci de leurs devoirs sociaux et patriotiques.

Art. 2. — La médaille de la Famille française comporte trois modèles.

Le modèle de bronze est accordé aux mères de famille répondant aux conditions prévues à l'article 1er du présent décret, lorsqu'elles ont, ou ont eu, cinq enfants légitimes simultanément vivants.

Lorsque, les mêmes conditions étant remplies, le nombre des enfants est de huit, la médaille porte le nom de médaille d'argent ; quand il est de dix, elle porte le nom de médaille d'or.

Le modèle de bronze est également accordé aux veuves de guerre non remariées qui, répondant aux conditions prévues à l'article 1er du présent décret, ont, au décès de leur mari, trois enfants légitimes vivants dont l'un au moins âgé de moins de cinq ans.

Les enfants morts pour la France comptent au même titre que les enfants vivants pour l'obtention de la médaille.

La médaille de la Famille française peut être attribuée à titre posthume si la proposition en est faite dans les deux ans du décès de la mère ou, par mesure transitoire, dans l'année de la publication du présent décret.

Art. 3. — Les demandes ou propositions tendant à l'attribution de la médaille de la famille française sont déposées à la mairie de la résidence habituelle des intéressées puis transmises avec l'avis motivé du maire, celui de l'union départementale des associations familiales et tous autres avis utiles, à une commission départementale de la famille française, pour examen.

Les dossiers sont ensuite adressés au ministère de la Santé publique et de la population avec l'avis de la commission départementale et du préfet sauf si ce double avis est défavorable.

Justice

Etablissements pénitentiaires. — Le J. O. du 28 octobre 1947, publie un arrêté fixant la rémunération des médecins, internes en médecine, pharmaciens, dentistes des établissements pénitentiaires de l'éducation surveillée.

Dans la limite des crédits ouverts, la rémunération des médecins et chirurgiens des prisons de la Seine est fixée à 600 fr. par vacation de trois heures.

Les autres catégories de personnel des services médicaux reçoivent des indemnités forfaitaires variables suivant les établissements.

Guerre

Ecole du service de santé militaire. — Un arrêté, en date du 7 octobre 1947 (J. O., 21 octobre 1947), fixe pour l'année scolaire 1946-1947, la somme à rembourser par les élèves de l'Ecole du Service de Santé Militaire, en application de l'article 152 de la loi de finances du 16 avril 1930. Le montant de la somme est fixé à 58.000 fr., somme à majorer de la valeur du trousseau, ainsi que du montant des frais de scolarité près les facultés.

Le J. O. du 1er novembre publie un additif à la liste des candidats admis en 1947 dans la section de pharmacie :

Catégorie quatre inscriptions : M. Henry Coquillard.

Conseil National de l'Enfance

Le Conseil National de l'Enfance a décidé, étant données les circonstances, de remettre au printemps la tenue de ses « Journées nationales d'Etudes » qui devaient avoir lieu fin novembre ou début de décembre.

Ouverture de la 17e campagne nationale du Timbre antituberculeux

Le Comité National de Défense contre la Tuberculose organise du 15 novembre au 15 décembre 1947 sa, 17e Campagne Nationale du timbre antituberculeux.

Des instructions ont été données aux Préfets par M. Depreux, ministre de l'Intérieur et par M. Robert Prigent, ministre de la Santé publique et de la Population pour la préparation de cette importante campagne qui bénéficiera notamment de l'exclusivité de l'appel à la générosité publique.

Le thème éducatif de cette campagne est « GUERI » .... Je travaille.

Son but en dehors de l'entraide aux tuberculeux et à leur famille est de mettre, avant tout en relief, l'important problème de la réadaptation et de l'adaptation des tuberculeux au travail.

GROUPEMENT ODONTOTECHNIQUE DE PARIS

5, rue Garancière, Paris (6e)

Journées dentaires de Paris (anciennes Journées dentaires franco-belges)

25-30 Novembre 1947

Ces Journées auront lieu sous la présidence effective du professeur Louis Portes, président du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Le Comité d'organisation est présidé par le Dr L. Frison, directeur de l'École Odontotechnique de Paris. Les vice-présidents sont MM. Pascal Dubois, président de l'Association de l'Ecole Odontotechnique de Paris et Pierre Fouques, président de la Société Odontotechnique de Paris.

Le secrétaire général est M. René Sudaka.

Le Congrès s'ouvrira le mardi 25 novembre 1947 à 20 h. 30 très précises à l'amphithéâtre Siffre (5, rue Garancière) sous la présidence de M. Charles Aye, président du Comité national d'hygiène bucco-dentaire.

La SÉANCE INAUGURALE des XXIe Journées dentaires de Paris aura lieu le mercredi 26 novembre 1947, à 15 heures très précises, à l'amphithéâtre Siffre.

1° Allocution de M. le Dr L. Frison, directeur de l'Ecole Odontotechnique de Paris, président du Comité d'organisation des Journées dentaires de Paris ;

2° Allocution de M. Albert Joachim, délégué de l'Association des Dentistes de Belgique ;

3° Allocution de M. le Dr Guignard, président de la Société suisse d'Odontologie ;

4° Allocution de M. le Dr Rowlett, président de la délégation de Grande-Bretagne, président de la Fédération dentaire internationale et au nom des délégués des nations étrangères ;

5° Allocution de M. le ministre de la Santé publique ;

6° Allocution de M. le professeur Louis Portes, président des XXIe Journées dentaires de Paris ;

Conférence de M. le professeur Laignel-Lavastine, membre de l'Académie de médecine : « Dents et psychanalyse » (projections).

Pour le programme complet des Journées et pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. René Sudaka, 143, avenue Emile-Zola, Paris (15e).

Un secrétariat permanent se tiendra dans les locaux de l'École Odontotechnique de Paris, 5, rue Garancière, Paris (6e). Tél. Danton 02-49.

Renseignements

A VENDRE ét. neuf mob. cab. médical, Lampe UV ts cts 500 w., instrum. Disp. Marseille. Px 50.000 fr. Dr Monier, 72, avenue de Stalingrad, Arles (B.-du-R.).

BIBLIOGRAPHIE

La condition du corps humain ou « Psychologie de la culture physique », par Alex ALTER. Un vol. in-12 : 75 francs. Amédée Legrand et Cie, éditeurs, 93, boulevard Saint-Germain, Paris.

La doctrine de la condition du corps humain, c'est-à-dire l'équilibre du corps, projette un rayon de lumière dans le tréfonds de notre vie où se révélera un champ illimité de possibilités et de notions nouvelles.

Cette œuvre démontre clairement que l'homme, dès son enfance, doit acquérir une technique corporelle spécifique : par cet art il pourra façonner lui-même sa forme physique et en conséquence plus ou moins son caractère.

Cette technique permettra à l'individu de prévenir et de corriger les conséquences dues à sa participation à la civilisation et, par suite, de traverser la vie en se jouant.

L'ouvrage décrit aussi la naissance, l'existence (Da-Sein) d'un homme-type nouveau, l'identité des équilibres du corps et de l'âme, le langage visible, l'importance de la solution du problème de l'éducation du pied et de la gymnastique préventive.

On verra qu'il est une erreur d'imposer le sport comme moyen d'éducation physique.

L'équilibre, c'est la condition de la santé, de la beauté, de la vie pratique, du sport, de la danse, etc.

Equilibrer c'est éduquer, corriger, former, libérer, affiner, c'est prévenir, guérir et ainsi améliorer la race.

Etiologie et Pathogénie de l'Entérite muco-membraneuse

par M. Hyacinthe VINCENT
Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine

L'étiologie de l'entérite ou entérocolite muco-membraneuse a donné lieu à de nombreuses publications qui sont, par leurs conclusions variées, le témoignage de l'incertitude régnant sur ce sujet. Les lésions ou le dysfonctionnement des divers segments de l'appareil digestif, depuis la bouche jusqu'au gros intestin, leur flore microbienne anaérobie, l'insuffisance hépato-biliaire ou pancréatique, etc., ont été tour à tour incriminées. Il n'est pas jusqu'au déficit des fonctions rénales qui n'ait été accusé de donner lieu à l'ensemble complexe des symptômes morbides qui traduisent cette affection.

Cependant les lésions inconstantes, diverses et d'ailleurs souvent légères qui ont pu être quelquefois constatées n'ont pas permis de définir ou de préciser leur rôle effectif. Nombre de ces lésions ne sont, d'ailleurs, que des complications secondaires, voire des coïncidences. C'est pourquoi on a été conduit à incriminer avec plus de raison la résorption des principes putrides élaborés dans l'intestin (Loeper). Mais cette hypothèse est demeurée non vérifiée et, d'autre part, les purgatifs ou laxatifs prescrits à ces malades n'amènent pas, non plus que les antiseptiques intestinaux, de rémission notable ou définitive.

D'ailleurs, il est à remarquer que certains symptômes essentiels de l'entérite muco-membraneuse, en particulier les symptômes nerveux, font défaut dans les affections de l'intestin telles que la dysenterie bacillaire ou amibienne, la tuberculose intestinale, la diarrhée, etc.

L'ensemble assez disparate des signes morbides de l'entérite muco-membraneuse se ramène essentiellement à des manifestations gastro-intestinales et à des défaillances du système nerveux. Ce double processus a son individualité propre, étiologique et clinique. Lorsqu'il se prolonge, il s'accompagne d'un amaigrissement intense, d'anémie notable, de dépression et d'asthénie profondes et parfois de complications viscérales surajoutées qui aggravent l'état du malade et le pronostic de son affection.

C'est pourquoi la complexité de ces symptômes a donné lieu à des interprétations variées. On a même invoqué l'insufisance thyroïdienne.

Il est possible que divers facteurs étiologiques soient susceptibles de donner lieu à ce processus. Dès lors les traitements les plus divers ont été mis en pratique, visant l'estomac, l'intestin, le foie, le pancréas, les organes génitaux, le système nerveux, etc... A la vérité, ils ne sont guère que palliatifs.

Or, dans l'état d'incertitude qui règne à l'égard de ce problème, les effets de la thérapeutique sont, à mon avis, ceux qui sont les plus capables de nous éclairer sur la nature de cette maladie. C'est sur un tel résultat que je voudrais m'appuyer pour apporter une interprétation rationnelle de quelques-unes des formes les plus sévères de l'entérocolite muco-membraneuse.

***

Ayant eu autrefois à traiter dans mon service hospitalier plusieurs malades atteints de cette affection, je n'ai constaté que des effets peu décisifs fournis par les moyens thérapeutiques usuels. Or, à l'occasion d'un nouveau cas observé chez un malade présentant des symptômes rebelles, sans réaction fébrile, j'ai été conduit à rapprocher ces derniers de ceux que détermine expérimentalement l'action des toxines sécrétées par le *Bacillus coli*. J'ai démontré, en effet, que cette bactérie qui se signale par son exceptionnelle prolifération dans l'intestin de l'homme, sécrète deux toxines entièrement indépendantes, l'une qui agit spécialement sur l'intestin, l'autre électivement sur le système nerveux cérébro-spinal. Ces deux toxines, que j'ai appelées : l'une *entérotoxine* ou toxine *entérotrope*, l'autre *neurotoxine* ou toxine *neurotrope* sont sécrétées en proportion variable, suivant la souche qui les fournit. Elles ont des caractères biologiques, chimiques et physiques distincts (1). L'étude expérimentale que j'en ai faite a donné lieu à de nombreuses publications établissant cette double propriété.

Or, l'entérocolite muco-membraneuse offre, remarquablement associées chez les malades qui en sont affectés, les deux manifestations cliniques qui répondent à l'action pathogène spécifique de l'une et de l'autre de ces toxines.

Chacune d'elles est, il va sans dire, plus ou moins prédominante suivant l'abondance respective des toxines sécrétées par le bacille du côlon.

Ces études m'ont conduit à mettre en pratique et à conseiller à divers médecins le traitement spécifique fondé sur les constatations qui précèdent. Il ne saurait être question de la vaccination anticolibacillaire. Celle-ci a toujours échoué entre les mains de ceux qui l'ont appliquée chez leurs malades. En effet, si l'entérite muco-membraneuse résulte de la double intoxication microbienne, la vaccination antibacillaire ne peut avoir aucun effet, pas plus que la vaccination antidiphtérique ou antitétanique n'agit dans le traitement des maladies correspondantes.

J'ai donc traité par le sérum anticolibacillaire qui est à la fois antitoxique et antimicrobien, un malade âgé de 41 ans, atteint depuis onze mois d'une forme sévère de l'affection. Il avait maigri de 7 kg. Pas d'infection réno-vésicale antérieure ou présente.

On lui a injecté pendant trois jours, une dose quotidienne de 30 centimètres cubes de sérum anticolibacillaire et, les trois jours suivants, 20 centimètres cubes du même sérum, chaque jour.

Au septième jour, le malade était entièrement guéri. Il reprit bientôt son poids normal.

Il m'a été donné d'apprendre un cas semblable qui m'a été signalé par le Dr Gebeyli, d'Alexandrie. Le malade était d'une constitution physique exceptionnellement robuste. Mais, atteint depuis 4 ans d'entérocolite chronique accompagnée de symptômes nerveux et de dépressions graves et rebelles, il avait maigri de 10 kg. Pas de colibacillurie.

Les traitements variés conseillés par divers médecins européens qu'il avait consultés étaient demeurés sans effet. C'est alors qu'il fut soumis à la sérothérapie anticolibacillaire ; le sérum lui fut envoyé par mon laboratoire.

M. le Dr Gebeyli m'informa peu après de la guérison totale de son malade. Celui-ci ne tarda pas à regagner en quelques semaines, non seulement son poids antérieur, mais encore un supplément de 10 kg.

J'ai signalé à l'Académie de Médecine des guérisons semblables dont les observations m'ont été transmises par divers médecins. Dans l'un de ces cas observé par le Dr Paul Philippe, de Lyon, la guérison d'une forme grave et rebelle a été totale et définitive après six injections (une par jour) du sérum anticolibacillaire. Tous les symptômes intestinaux, hépatiques et nerveux ont définitivement disparu après ce bref délai.

Je rappellerai également le cas d'une malade — atteinte cette fois, de colibacillose urinaire — et qui présentait, en outre depuis cinq ans, des symptômes intestinaux et surtout nerveux très graves. Crises douloureuses de diarrhée muqueuse ou glaireuse, parfois mousseuse, avec entérospasme presque continu. Dépression morale très marquée, hypochondrie. Insomnie. Amaigrissement considérable.

Or, de même que les précédents, cette malade a guéri entièrement, en un peu plus d'une semaine, de tous les symptômes qu'elle présentait, ainsi que de la pyurie, à la suite de quatre injections de 30 centimètres cubes chacune, de sérum anticolibacillaire.

Le Dr Lippens, de Bruxelles, professeur agrégé, m'a transmis des exemples aussi démonstratifs, apportant de nouvelles preuves de l'origine à la fois entérotoxique et neurotoxique colibacillaire de cette affection si rebelle.

L'un de ces cas concerne une malade gravement atteinte chez laquelle deux séries d'injections quotidiennes, au nombre de six chacune, du sérum anticolibacillaire faites à douze jours d'intervalle, ont amené la guérison complète des symptômes

(1) Il existe des races de colibacille entièrement exemptes de toxicité. Certains auteurs les ont considérées comme des espèces différentes. Or, il n'en est rien. J'ai constaté qu'on peut les ramener expérimentalement au type hypertoxique neurotrope et entérotrope.

nerveux et abdominaux considérés jusqu'alors comme incurables. La menstruation a réapparu et le poids de la malade a augmenté de 2 kg. en un mois.

Un autre exemple plus remarquable encore que les précédents m'a été signalé par le Dr Lippens. C'est celui d'un homme âgé de 72 ans qui, *depuis l'âge de* 18 *ans*, souffrait d'entérocolite muco-membraneuse accompagnée d'amaigrissement profond, d'anémie extrême et des symptômes nerveux classiques. A la suite d'une grippe son état s'aggrava encore davantage. Il eut des crises plus violentes de coliques accompagnées de syncopes et alternant avec des périodes de constipation opiniâtre, entremêlées de débacles et de fortes hémorragies intestinales. Une seconde grippe survint l'année suivante, suivie, cette fois, de néphrocystite à *Bacillus coli*.

On avait fait à ce malade, à cette occasion, des injections de vaccin anticolibacillaire, qui demeurèrent, comme il est de règle, sans effet. C'est alors qu'on eut recours à la sérothérapie anticolibacillaire. Je fus avisé de son résultat. « L'effet du « sérum, m'écrivit le médecin traitant, fut extraordinaire... « L'état du malade est devenu normal. » Cet état s'est maintenu tel, depuis lors, après 54 années de souffrances (1).

D'autres cas de même nature m'ont été rapportés qui témoignent du rôle en quelque sorte spécifique, dans cette affection, du colibacille ou plus spécialement des deux toxines qu'il sécrète.

Je terminerai par une dernière remarque. Il est possible que la toxi-infection ou plutôt l'intoxication colibacillaire soit favorisée, en de tels cas, par un déficit quantitatif ou qualitatif de la sécrétion biliaire. La bile, ainsi que je l'ai démontré en divers travaux exerce une action neutralisante continue à l'égard des multiples poisons microbiens élaborés dans le tractus intestinal, et elle doit ce pouvoir antitoxique normal — on pourrait dire physiologique — aux *savons* qui entrent dans sa constitution chimique. Les savons neutralisent, en effet, les toxines microbiennes les plus actives, formant avec elles des complexes inertes auxquels j'ai donné le nom de *Cryptotoxines* (2).

Il resterait à rechercher si, chez les malades atteints d'entérocolite muco-membraneuse, les fonctions hépatiques ne sont pas amoindries ou déficientes. Mais quelle que soit l'interprétation que soulève ce dernier problème, on peut conclure, à la lumière des exemples qui précèdent, que la pathogénie de cette maladie si rebelle se ramène, dans nombre de cas, à l'intoxication colibacillaire puisque la thérapeutique spécifique s'est montrée très efficace dans les formes sévères de l'affection.

(1) J'ai reçu du malade guéri, une émouvante lettre de reconnaissance.

(2) J'ai démontré qu'il existe d'autres agents chimiques possédant la même propriété cryptotoxique.

Ve Congrès français d'électro-radiologie

Paris, 8 octobre 1947

Le Congrès français d'électroradiologie s'est ouvert le 8 octobre dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique au milieu d'une affluence de confrères intéressés et attentifs.

Au bureau avaient pris place M. le président Ledoux-Lebard, ayant à ses côtés M. le doyen Léon Binet, président d'honneur ; M. le Dr Belot, ancien président ; M. Dauvilliers, du Collège de France ; le doyen honoraire Baudouin et M. Dariaux, secrétaire général ; M. Louis Delherm, malheureusement loin de Paris, n'avait pu assister à la séance.

Dans l'assistance on remarquait la présence de MM. les professeurs Piedelièvre, Polonovski, Desgrez, MM. les médecins généraux inspecteurs Rouvillois, Jame, Hugonot, le médecin général de 1re classe de la marine Le Chuiton, accompagnés de nombreux confrères de l'armée et de la marine, Mme Simone Laborde, M. Mattei, de Marseille, etc.

Après le discours d'ouverture de M. le président Binet, le rapport de M. le secrétaire général, la parole fut donnée à M. Dauvilliers, du Collège de France, pour une attachante conférence sur la Lumière et la Vie.

Quatre importants rapports, complétés de nombreuses communications, ont été ensuite présentés.

MM. Chatton et Maleki (Montpellier) ont étudié l'**Anatomie radiologique du poumon** et commenté de nombreux clichés

Chaque poumon possède un conduit aérifère principal ; la bronche souche, qui, tout en restant comprise dans le plan sagittal hilaire, s'étend du hile à la région inféro-postérieure de l'organe.

De ce conduit partent, soit isolément, soit groupées en tronc d'origine, les bronches zonaires : les unes, les plus nombreuses, ne quittent pas le plan sagittal de la bronche souche ; les autres, les moins nombreuses, prennent une direction externe perpendiculaire à ce plan.

Les premières, qui doivent être examinées en incidence transverse, sont au nombre de 12, soit, suivant leur direction :

— 1 bronche apicale,
— 5 bronches ventrales,
— 5 bronches dorsales,
— 1 parabronche interne.

Les secondes, qui doivent être examinées en incidence frontale, sont au nombre de 5 et portent le nom de parabronches externes.

L'arbre artériel est exactement calqué sur l'arbre bronchique auquel il est étroitement lié, élément par élément.

A chaque pédicule broncho-vasculaire zonaire, correspond une zone pulmonaire, territoire autonome de forme conique ou pyramidale dont le sommet se trouve à l'origine du pédicule et la base sur la périphérie du thorax (paroi chondro-costale) ou diaphragmatique).

Par la bronchographie et la tomographie, il est possible, à condition d'utiliser les deux incidences frontale et transverse, d'identifier tous les éléments zonaires bronchiques et vasculaires avec leurs rameaux de division.

L'opacification pathologique élective d'une zone (zonite ou atélectasie) se traduit sur le film par une image dont on peut reconnaître l'origine par l'étude combinée des épreuves frontale et transversale.

Après eux, M. Coliez, électroradiologiste des hôpitaux de Paris a étudié **les signes radiologiques de stase et de surpression uretéro-rénale au cours de l'urographie intraveineuse.**

L'urographie compressive acquiert aux yeux des urologistes de tous pays une importance croissante ; elle apporte un caractère morphologique à la fonction excrétrice des cavités de l'appareil urinaire. Elle permet l'étude des petits signes de stase urétéro-pyélique, des images de surpression et rend possible le dépistage des extravasations papillocalicielles. Pour chacun des types anatomochimiques le rapporteur présente une abondante iconographie. Il étudie l'influence de la compression et les conditions nécessaires à l'interprétation correcte des images. Cette méthode doit compléter les autres examens radiologiques du rein et est un moyen précieux d'explorer la valeur fonctionnelle de l'organe.

Le Professeur R. Gilbert (de Genève) étudie la **rœntgenthérapie de la douleur.** L'action sur la douleur des rayons X a été notée dès l'aurore de la radiologie : la rœntgenthérapie tient actuellement une place de choix parmi les moyens de combattre la douleur.

Elle s'adresse avant tout à des douleurs de cause connue contre lesquelles son efficacité est parfois remarquable : métastases cancéreuses ganglionnaires, osseuses ou pelviennes, lymphogranulomatose, certains processus aigus (Jonas) ou chroniques (arthroses, périarthrites, maladie de Morton...) ; certains troubles fonctionnels neurocirculatoires : troubles vaso-moteurs des extrémités, « angor pectoris ».

L'application des rayons se fait soit « loco dolenti », soit à distance en accord avec les origines et les trajets nerveux.

Dans d'autres douleurs à qui leur origine mal connue mérite encore le qualificatif d'essentielles, l'action des rayons moins constante est parfois précieuse, dans certaines névralgies et surtout dans les sciatiques.

On connaît peu le mode d'action des rayons ; l'élément psychothérapique n'est qu'un à-côté et les nerfs sont radiorésistants. Par contre l'action sur le système neurovégétatif semble réelle et par son intermédiaire sur la circulation. Mais il se produit aussi une action humorale qui semble importante, modifie certains métabolismes et dont les retentissements sont non seulement locaux mais généraux. Nos connaissances se précisent peu à peu dans ce domaine.

Reste encore à expliquer pourquoi l'action des rayons est souvent progressive et différée ; à élucider aussi le rôle du facteur individuel.

MM. Lefebvre et Bernard, électroradiologistes des hôpitaux de Paris et M. Le Coeur, assistant des hôpitaux de Paris font un bilan de la **physiothérapie de la poliomyélite antérieure aiguë et de ses séquelles.** Les auteurs français et anglo-saxons sont d'accord sur la valeur de la thermothérapie, de la kinésithérapie et du traitement orthopédique.

Le bain chaud est le procédé le plus simple et peut être le plus efficace ; la diathermie et les ondes courtes, maniées avec la plus grande prudence, agissent indéniablement sur les troubles de croissance et paraissent préférables aux rayons infrarouges. Mais leur effet n'est que temporaire ; le renouvellement sans lassitude des périodes de traitement est indispensable.

La contraction musculaire sera provoquée par les courants électriques ou l'exercice volontaire selon les cas ; ultérieurement on entreprendra la rééducation qui, bien guidée, et en tenant compte de la fatigabilité de certains muscles peut donner des résultats inespérés.

L'orthopédie de surveillance (M. Lance) doit intervenir dès le début.

La rœntgenthérapie, souvent négligée par les cliniciens anglo-saxons a une valeur anti-inflammatoire précieuse, la rœntgenthérapie tardive agit indéniablement sur les troubles circulatoires périphériques. L'ionisation transcérébromédullaire de son côté améliore le fonctionnement médullaire.

Le courant continu exerce une action polaire efficace sur l'excitabilité nerveuse.

Les auteurs de langue anglaise reconnaissaient à la physiothérapie le pouvoir de maintenir les muscles et les membres en bon état, mais négligent volontiers rœntgenthérapie et électrothérapie.

Les auteurs français et italiens jugent possible l'action de ces derniers agents sur les lésions nerveuses.

Le choix des méthodes est affaire d'espèce et guide par des examens physiologiques approfondis ; en tenant compte aussi des conditions économiques et sociales.

En tous cas les traitements multiples incessamment et patiemment répétés grâce à des centres médicaux spécialisés sont la condition du succès.

R. L.

Société française d'orthopédie et de traumatologie

XXIIe RÉUNION ANNUELLE

Suite et fin (1)

Paris, 11 octobre 1947

Président : M. le Professeur Tavernier (Lyon)

Questions diverses

Traitement des brûlures par l'immobilisation plâtrée. — M. Lelio Zino (Rosario). — Dans une communication qui accompagne la projection d'un très beau film, montre les beaux succès de cette méthode. L'application d'un plâtre directement sur la brûlure, calme la douleur, empêche la production des troubles trophiques et inflammatoires, constitue une prophylaxie de l'infection, et de la rigidité articulaire. Des fenêtres peuvent être pratiquées pour surveiller la lésion, le plâtre est changé au bout de 15 jours.

Cette méthode appliquée aux brûlures du 2e et 3e degré empêche la fixation de la position vicieuse antalgique et la réaction tissulaire profonde d'origine réflexe. Le traitement général contre le shock (sérum, transfusion, etc.) doit naturellement être utilisé. Mais son emploi sera très diminué car la compression par le plâtre empêche l'exsudation de sérosité, cause majeure du shock chez les grands brûlés.

Discussion. — Professeur Leveuf (Paris) emploie depuis de longues années la méthode de M. Zino. Les résultats sont parfaits si le plâtre a été très ajusté, sans aucune interposition de pansement, la brûlure n'est jamais infectée par elle-même, sinon, s'il y a du jeu, le frottement contre le plâtre, aggrave la brûlure. Le plâtre est enlevé au bout d'un mois et en cas de fermeture incomplète, une greffe est pratiquée.

M. Soeur (Bruxelles) insiste sur la valeur de l'immobilisation dans les brûlures, mais dans certains cas remplace le plâtre par des attelles.

M. Michel (Lyon) rappelle l'utilité du redressement des attitudes vicieuses des brûlés au moyen de plâtres mobilisés par un tourniquet.

La main des brûlés et ses formes cliniques. — M. Layrot (Alger) distingue 3 formes : 1° la forme dorsale (des ouvriers, aviateurs) avec poignet fléchi, hyperextension de la première phalange, flexion des deux autres ; 2° la forme palmaire (enfants, ébouillantement) avec les doigts fléchis.

3° Les brûlures des doigts transformées en blocs avasculaires, atrophiés, fléchis ou palmés.

Elles résultent de trois éléments : la destruction cutanée, la rétraction scléreuse, sous-cutanée due à l'œdème, le déséquilibre des muscles, les uns détruits, les autres intacts. Pratiquement il y a deux ordres de gravité : les mains gonflées avec œdème et grosse rétraction consécutive, et les mains non gonflées, bien plus bénignes.

Il est indispensable de pratiquer l'immobilisation absolue, avec compression pour éviter l'exsudation séreuse, l'élévation du membre et la mobilisation *active des doigts* — en pratique 3 méthodes : la détersion par les bains d'eau salée, l'immobilisation plâtrée — et les greffes — par greffes minces ou épaisses selon les indications.

Traitement des scolioses par la méthode de Klapp. — M. Martin (Lausanne) présente un beau film qu'il commente. La méthode de Klapp comporte des exercices faits à quatre pattes, mouvements symétriques ou asymétriques, marche à l'amble, etc. On obtient par cette technique le redressement des cyphons et dans la scoliose un rapide développement de la capacité thoracique et de la musculature du dos et ceinture scapulaire.

Le raccourcissement du membre sain dans les grands raccourcissements du membre inférieur. — MM. Ingelrans, Vandeuve et Mlle Nigoul (Lille) ont employé la méthode de M. Ugo Camera dans 3 cas de coxalgie ancienne (résection d'une portion de la diaphyse fémorale et emploi de ce fragment taillé comme tenon dans le canal médullaire) ; 2 succès et un échec (pseudarthrose).

M. Ugo Camera (Turin) a pratiqué 200 fois cette technique facile et très sûre, à condition d'opérer dans le plâtre fait à l'avance et de placer un greffon mince pour ne pas bloquer la circulation médullaire.

M. Galland (Berck) a pratiqué le raccourcissement par ostéotomie oblique et glissement des deux fragments.

La tumeur blanche double des genoux. — MM. Ingelrans, Vandeuvre et Mlle Nigoul (Lille) ont observé à Zuydcoot depuis 1920 18 de ces cas, soit 2,3 % des tumeurs blanches du genou. En général une forme grave et forme synoviale de l'autre côté. Ils insistent sur la gravité de l'ankylose double des genoux.

M. Marcel Lance (Paris) ; Dans ces cas, lors de la résection, il est utile d'obtenir une ankylose en flexion.

M. Charry (Toulouse). — L'arthroplastie du genou trouve là son indication.

La parathyroïdectomie quantitative et l'arthroplastie de la hanche dans la spondylose rhizomélique et la polyarthrite ankylosante. — M. Michel Salmon (Marseille) d'après ses recherches anatomiques estime le poids des parathyroïdes chez l'homme à 100-150 milligrammes. Quand on opère sur les parathyroïdes il faut peser ce qu'on enlève de substance active.

Dans un cas de spondylose, l'examen de ce que l'on avait enlevé ne montrait pas de tissu parathyroïdien — l'arthroplastie pratiquée a été suivie d'une reproduction rapide de l'ankylose — chez un autre malade avec double ankylose des branches un côté opéré sans parathyroïdectomie s'est de même réankylosé très vite, mais de l'autre côté, on a pu enlever 3 parathyroïdes (50 + 20 + 1 milligramme, soit les 2/3 de la substance des parathyroïdes).. L'arthroplastie a été suivie d'un succès qui se maintient. Cette observation a la valeur d'une expérience.

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, n° 43, 25 oct. 1947.

Images d'arthrite déformante de la hanche secondaire à une subluxation. — M. Charry (Toulouse) montre que ces lésions se produisent à la périphérie de la tête fémorale. Le traitement chirurgical doit être précoce, alors que les lésions céphaliques sont minimes.

La disjonction pubienne traumatique. — MM. Lacrot et J. Salase (Alger). — Il faut en distinguer deux formes bien différentes : 1° L'écrasement antéro-postérieur avec fracture pubienne et arrachement de l'aileron sacré d'un côté, fracture s'accompagnant parfois de lésion vésicale. La réduction en est difficile, surtout la dislocation sacro-iliaque ; 2° Le cisaillement vertical, avec lésion pubienne et, dans les formes graves, la luxation de l'os iliaque, parfois lésions de l'urèthre. Dans cette forme, les auteurs préconisent le décubitus sur le côté sain, le poids du membre réduit l'éversement de l'aile iliaque, on y ajoute au besoin l'extension continue. La fixation de la réduction par suture osseuse pubienne tient mal en général parce que le fil coupe.

M. Lance rappelle que dans ce cas la fixation par greffon osseux encastré donne un résultat durable.

Dégénérescence maligne dans la maladie de Paget. — M. Lasserre (Bordeaux) apporte un cas de sarcome des os du crâne chez un pagétique.

Histoire d'une coxa vara. — Professeur Etienne (Montpellier). — Epiphysiolyse double chez une enfant de 12 ans. Extension sur caoutchouc combiné pour corriger la rotation externe et l'abduction. Traitement médical : mercure, extrait thyroïdien et tricalciné, par séries. Peu à peu, arrêt du processus et reconstitution de hanches solides avec mouvements normaux en deux ans.

Etude sur la circulation artérielle dans la tête fémorale. — Professeur Etienne (Montpellier) et M. Cheynel (Saint-Etienne). — L'artère du ligament rond chez l'adolescent se divise en branches pour la capsule et pour la tête fémorale. Ces dernières se terminent dans l'os par des blocs glomérulaires. Elles sont tantôt à paroi épaisse, tantôt à paroi mince, d'aspect veineux. Ces vaisseaux à paroi mince présentent par place des bourrelets valvulaires saillants dans la lumière et entourés de nombreux filets nerveux périartériels. Ce dispositif spécial ne jouerait-il pas un rôle dans la production des épiphysites ?

L'ostéo-pœcilie. — M. Thyes (Suisse). — Projection de trois observations de maladie d'Albers-Schönberg.

Deux cas d'une affection obscure dénommée polyostéochondrite ou dystrophie ostéochondrale polyépiphysaire. — M. Athanassiades (Grèce). — Chez le premier malade, l'affection touchait les deux coudes et les deux hanches. Chez le second, une épaule, une hanche et deux vertèbres.

Le traitement de la fracture de Bennett associée à la fracture du trapèze au poignet. — M. Senti Montagut (Espagne) plâtre avec traction par fil métallique dans le premier métacarpien.

Traitement chirurgical des kystes osseux essentiels. — M. Senti Montagut. — Après évidement, un greffon rigide est implanté, perforant la coque du kyste jusqu'au canal médullaire de la diaphyse. Bourrage aux greffons souples.

Traitement de pieds bots récidivés par l'arthrodèse médio-tarsienne externe. — M. Lucien Michel (Lyon).

Examen des pieds bots congénitaux par l'arthrographie. — M. Pierre Bertrand (Paris). Contrairement à l'opinion classique, on ne trouve pas de subluxation de l'astragale en avant.

Marcel Lance.

Questions mises à l'étude :

Pour 1948. — I. *Corrélation des inégalités de longueur des membres inférieurs au cours de la croissance.* — Rapporteurs : MM. Pierre Bertrand (Paris), Albert Trillat (Lyon).

II. *Traitement des fractures simultanées des deux os de l'avant-bras.* — MM. Marcel Fèvre (Paris), Robert Sœur (Bruxelles).

Pour 1949. — I. *Les névralgies du plexus cervico-brachial particulièrement celles d'origine discale.* — MM. André Ricard (Lyon), X...

II. *Les arthrites de l'articulation sacro-iliaque d'origine non tuberculeuse.* — MM. Pierre Ingelrans (Lille), X...

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 27 octobre 1947

Recherches expérimentales sur l'origine des vaso-dilatateurs. — MM. René Leriche et Mentha. — On assimile généralement les vaso-dilatateurs aux nerfs sensitifs dans lesquels la conduction serait antidromique. Or, chez des hommes ayant eu le plexus brachial arraché et ne conservant que des flots de sensibilité, on peut provoquer par l'injection d'acétylcholine, par l'infiltration stellaire, par l'injection d'histamine, des réactions vaso-dilatatrices actives.

La vaso-dilatation ne semble donc pas un fait de conduction antidromique.

Découverte d'un homme fossile antérieur à l'homme de Néanderthal. — M. Louis Face présente une note de Mlle Henri-Martin annonçant la découverte, dans une grotte de la Charente, des restes d'un homme fossile antérieur au Moustiérien, donc antérieur à l'homme de Néanderthal. La faune associée est une faune chaude, et l'industrie, également recueillie, est extrêmement grossière. La calotte cranienne examinée laisse supposer qu'on se trouve en présence d'un exemplaire de l'*Homo sapiens.* Si les recherches en cours confirment cette attribution, on se trouverait en présence du plus ancien fossile proprement humain et il faudrait admettre l'existence de l'*Homo sapiens* à une époque contemporaine des fossiles de Piltdown et de Swanscombe, c'est-à-dire dès le quaternaire ancien.

M. Jacob insiste sur l'intérêt capital de cette découverte.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Séance du 28 octobre 1947

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire dans la Section de Médecine en remplacement de M. Pagniez.

Adjonction à la Commission pour la présentation des candidatures dans la Section de Médecine vétérinaire. MM. Brumpt, Urbain et Louis Ramond sont désignés par le sort.

Notice nécrologique sur M. de Wildeman (de Bruxelles), membre correspondant étranger dans la Section de Pharmacie, M. Polonovski.

Rapport (au nom de la Commission de l'alimentation). — MM. Lesné et Ch. Richet. — Sur la nécessité de maintenir les régimes.

Adoption d'un vœu : en présence de la difficulté pour les malades de se procurer certains aliments-médicaments (farines de régime, biscottes, farines simples ou modifiées) qui leur sont indispensables, l'Académie soucieuse d'en éviter l'usage injustifié forme le vœu que :

1° Les attributions de blé aux industries de produits de régime soient augmentées et de même ordre que celles de l'an dernier ;

2° L'administration établisse en tickets l'équivalence du pain et de ces produits en tenant compte de la quantité de blé ou de céréales panifiables entrée dans leur composition ;

3° Ces produits ne soient délivrés momentanément que sur ordonnance médicale, à l'exception des farines. (*Adopté à l'unanimité.*)

Potentiel prolifératif et négrigenèse d'une souche de virus rabique des rues (Tanger C). MM. Levaditi, Vaisman et Dunoyer. — Cette souche extraite du cerveau d'un chat atteint de rage paralytique provoque chez la souris une négrigénèse particulièrement intense; les corps de Nègri dans les neurones sont particulièrement volumineux et abondants. Le potentiel négrigène persiste malgré des passages réitérés sur la souris. La pullulation du virus dans le névraxe est beaucoup plus rapide que celle d'autres souches de virus des rues et de virus fixe.

Cette pullulation précède l'apparition des corpuscules de Nègri dans les neurones encéphaliques.

Importance de l'examen systématique du liquide gastrique prélevé à jeun pour le diagnostic et le dépistage de la tuberculose pulmonaire. — M. Armand-Delille. — Cette méthode est actuellement employée dans le monde entier pour le contrôle de la contagiosité des malades et convalescents même porteurs de pneumothorax. Les dispensaires, jusqu'ici, l'emploient peu ; la technique en est pourtant simple ; elle permet la surveillance des convalescents en cure libre autant que le dépistage.

La rage du loup, critérium de l'efficacité de la vaccination pasteurienne. — MM. Remlinger et Bailly. — Des critiques et des doutes se sont fait jour en ces derniers temps à l'étranger quant à la valeur théorique et pratique de la vaccination pasteurienne.

Un fait est constant depuis longtemps et en tous pays : la gravité exceptionnelle de la morsure du loup. La vaccination pasteurienne y affirme son efficacité : de 60 à 80 % de mortalité chez les sujets mordus à la tête, la mortalité chez les sujets traités s'abaisse entre 4 à 6 % ; dans des cas exceptionnels on a même pu la voir s'abaisser à 0,66 %. La méthode suprarapide de Ferran qui permet une vaccination entre 5,3 jours et même moins pourrait sans doute y trouver aussi son critérium.

La nouvelle maladie héréditaire du sang : la cyanose méthémoglobinémique héréditaire. — MM. Codounis, Loucatos et Loutzides (Présentation faite par M. Loeper). — Parmi les diverses cyanoses secondaires entre autres, la présence dans le sang de méthémoglobine ou de sulfométhémoglobine on en a décrit une forme héréditaire. Les auteurs apportent 14 cas personnels de cette maladie qui se répartissent sur divers rameaux d'un même arbre généalogique et remontant assez haut dans l'histoire familiale pour que le nom même de cette famille énonce cette particularité. Elle est transmise sans prédilection pour l'un des deux sexes. C'est donc une cyanose méthémoglobinémique stable et héréditaire. Elle se transmet suivant le mode mendélien dominant.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 22 octobre 1947

M. P. Brocq, président, prononce l'éloge de M. P. Huet, membre de l'Académie décédé.

Pseudarthrose du col du fémur traitée avec succès par enclouage au 10e mois. — MM. Badelon et Perruchio. — M. A.-P. Mouchet, rapporteur.

Empalement avec perforation de la vessie. — MM. de Langrès. — M. Fey rapporteur.

Torsion intra-abdominale d'un cancer du testicule chez un cryptorchide. — M. Brenier. — M. Redon, rapporteur. Il s'agissait en réalité d'un cancer du testicule infarci par torsion pédiculaire.

L'utilisation des capes de vitallium dans l'arthroplastie de la hanche. — M. Boppe indique les détails techniques qu'il utilise : résection importante de la capsule, nécessité d'avoir un modèle de cape s'adaptant bien au cotyle tandis que le moignon joue souvent à l'intérieur de celle-ci. Les différents mouvements de la hanche n'ont pas la même valeur ; en tête vient la flexion puis l'abduction.

L'auteur rapporte en détail ses observations ; dans un premier cas il a observé une luxation du col revêtu de la cupule. Dans un 2e cas opéré avec un bon résultat d'un côté on a dû enlever secondairement la cape ; bon résultat fonctionnel.

Dans deux autres cas atteints de coxarthrie bilatérale sur subluxation congénitale les résultats fonctionnels sont bons.

Le vitallium semble être bien toléré et les résultats seraient assez rapides (un an environ).

M. Boppe discute les avantages respectifs des différents corps étrangers utilisés (résine synthétique, etc.) ; le fascia lata ne lui a jamais donné une mobilité comparable à celle obtenue avec la cape de vitallium.

Il semble que lorsque la cape est bien tolérée il n'y ait pas intérêt à l'enlever ; mais si on est amené à en pratiquer l'ablation celle-ci doit être faite le plus tôt possible.

M. Mathieu insiste sur l'intérêt de l'arthroplastie chez les malades encore jeunes et opérés précocement ; c'est dans ces cas que l'intervention est plus particulièrement indiquée ; on ne verrait pas d'usure du col en cas d'interposition.

M. Gosset a refait une extrémité inférieure du radius en acrylite qui a l'avantage de pouvoir être travaillé par le chirurgien.

M. Merle d'Aubigné souligne la nécessité d'une mobilisation post-opératoire très prolongée (2 ou 3 ans) et d'autre part la mise au point d'un matériel très perfectionné.

M. Padovani a opéré cinq malades en utilisant une cape de résine synthétique qui a été bien tolérée.

ACADEMIE DE PHARMACIE

Séance du 15 octobre 1947

Compte rendu d'une mission en Amérique du Sud. — M. Fabre. — Visite à de nombreuses Universités du Brésil et de la Colombie ; résultats des plus importants obtenus du point de vue de l'expansion culturelle scientifique française. Considérations sur la recherche scientifique en Amérique du Sud ; exposé d'importantes acquisitions obtenues dans le domaine des sciences biologiques.

Sur le comportement des chloraloses vis-à-vis de l'acide periodique et la constitution de ces produits. — M. P. Fleury et Mlle J. Jolly. — L'emploi de l'acide periodique permet de montrer l'existence d'un groupement de $CHOH-CH_2OH$ dans les chloraloses. Discussion de leurs formules possibles.

Extraction de l'uricase du foie de chien. — M. Lachaux.

Election de M. Finelle comme membre résidant.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 octobre 1947

A propos de la maladie dite de Libman-Sachs. — MM. Jean Celice, André Grossiord, P. Castaigne et R. Guérin rapportent une observation susceptible d'être interprétée comme un nouveau cas de maladie de Libman-Sachs. Il s'agissait d'une femme de 41 ans, au passé lourdement chargé (tuberculose, syphilis) et porteuse d'une cardiopathie valvulaire apparemment rhumatismale. Après une série de poussées fébriles et douloureuses, elle présente un état hyperpyrétique vite compliqué de localisations cutanées multiples érythémateuses et purpuriques et de manifestations pleuro-pulmonaires. La cardiopathie restait sans changement, les hémocultures négatives. Seule la dernière pratiquée peu avant la mort devait montrer quelques chaînettes tardivement poussées et qui ne purent être identifiées. L'autopsie ne montra que des lésions valvulaires cicatricielles avec une minime végétation aortique.

Epithélioma bronchique primitif à forme œsophagienne. — MM. J. Celice, J.-J. Gournay, A. Grossiord et Millot rapportent une observation d'épithélioma bronchique révélé par un syndrome de sténose œsophagienne, demeuré absolument isolé pendant six mois d'évolution et soudainement compliqué par une fistulisation œsobronchique.

Ostéoporose circonscrite du crâne et céphalée à l'effort. — MM. J.-A. Lièvre et F. Lepennetier présentent l'observation d'un malade âgé de 46 ans souffrant depuis sept années du syndrome typique de « céphalée à l'effort » : crises de céphalée de quelques minutes, d'une intensité terrible, provoquées régulièrement par les efforts et l'inclinaison de la tête en avant. Ce syndrome rare, décrit par Tinel il y a quelques années, est attribué à un trouble

de la circulation veineuse endocranienne, mais sa cause est inconnue.

Dans le cas présent, il existe un facies léontiasique (du type de la léontiasis ossea régulière qui appartient, pour Lièvre, à la maladie de Paget) et une augmentation modérée du volume du crâne. Les radiographies du crâne montrent deux vastes lacunes, l'une antérieure, l'autre postérieure, à bords géographiques très nets, sur l'aspect caractéristique desquelles les auteurs portent le diagnostic d'ostéoporose circonscrite du crâne (deuxième maladie de Schüller).

Cet aspect, aperçu en 1923 par Moore dans la maladie de Paget, vu ensuite par Schüller en 1926 et redécrit par cet auteur en 1929, est celui d'une ostéite fibreuse du crâne d'une variété particulière, très souvent associée à la maladie de Paget ou prémonitoire de cette affection.

L'ostéoporose circonscrite du crâne n'est pas très rare, et les auteurs présentent les radiographies de trois autres cas. Il n'y en a pourtant qu'une observation antérieure dans la littérature médicale française (Guillain, Ledoux-Lebard et Jean Lereboullet).

La céphalée à l'effort est certainement en rapport dans le cas présent avec les lésions craniennes, car la céphalée est connue dans l'ostéoporose circonscrite et on retrouve dans d'autres cas une ébauche de céphalée à l'effort. Ce ne sont probablement pas les lésions de la voûte qui interviennent directement, mais probablement les lésions associées de la base, à type de condensation. Peut-être y a-t-il au cours des efforts occlusion des passages veineux à leur traversée d'orifices craniens rétrécis.

Bulles staphylococciques du poumon. — M. Robert Worms et Mme H.-P. Masse.

Myélome ou crypto-leucose à plasmocytes. Caractères particuliers de la prolifération plasmocytaire.— MM. Paul Milliez, Bernard Dreyfus et Michel Rathery publient l'observation d'une crypto-leucose à plasmocytes, remarquable par l'association de lacunes craniennes et d'un syndrome clinique fait, d'une part, d'une anémie gravissime et, d'autre part, d'une volumineuse hépatomégalie; cette observation est encore intéressante par sa cytologie différente selon les régions examinées: plasmocytes jeunes et adultes au niveau du foie, éléments vacuolaires ou « cellules de Mott » au niveau de la moelle sternale.

Rhumatisme articulaire aigu et pénicilline — MM. Moreau et Boudin présentent deux observations où la guérison n'a pu être obtenue que par l'association de fortes doses de pénicilline et de salicylate.

Tabes et pénicilline. M. Jean Lereboullet rapporte un cas de tabes très amélioré par la pénicilline.

Fièvre et traitement pénicillinique. — M. Hillemand signale que tous les malades traités actuellement par la pénicilline présentent, pendant le traitement, une température de 39-40°.

M. Mollaret a observé des faits semblables, particulièrement avec la pénicilline Cuter. Si l'on ne veut pas sacrifier les stocks existants, il faut employer la pénicilline G. dans les septicémies où il y a intérêt à suivre l'évolution thermique.

Séance du 17 octobre 1947

Hyperazotémie énorme et passagère dans un cas d'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone. — MM. M. Roch et H. Loeffler. — L'intoxiqué présente tout d'abord des symptômes de lésions cérébrales. Neuf jours après, on constate un taux d'urée dans le sang de 5 gr. 52 par litre, taux élevé que l'insuffisance rénale ne suffit pas à expliquer. Les auteurs admettent que cette azotémie résulte d'une atteinte des centres nerveux végétatifs.

On ne connaît que trois observations analogues, deux publiées par les auteurs, et une par M. Loeper en 1941. Si elles sont exceptionnelles, cela tient sans doute à ce que, dans les intoxications graves, le sujet meurt avant le 9e jour, ou parce que les intoxications légères n'ont pas été repérées. Quoi qu'il en soit, il y a intérêt à examiner les intoxiqués au 9e ou 10e jour.

Les nyctalgies paresthésiques des membres supérieurs. A propos de 150 observations personnelles. — MM. Roger Froment et A. Garde.

Vingt et une observations de dystrophie musculaire hyperthyroïdienne. Du syndrome myopathique au signe du tabouret dans la maladie de Basedow. —MM. Roger Froment, Paul Guinet, Mme Devic et M. Devic.

Implantation d'hormones complémentaires. Essai de traitement d'un syndrome hémogeno-hémophilique par implantation d'œstroradiol. — M. P. Michon (Nancy).

Implantation d'hormones complémentaires. Essai de traitement du cancer de la prostate par implantation d'œstroradiol. — MM. Michon, A. Guillemin et J. Cayotte. — Cinq observations où on a noté la reprise de l'état général, une alacrité nouvelle, un psychisme plus actif, la recoloration du teint, une action antialgique. L'implantation paraît supérieure à l'ingestion et donne la certitude quant à la dose administrée.

Traitement de l'abcès du poumon par instillations bronchiques dirigées de pénicilline. — MM. H. Bénard, P. Rambert et Ch. Coury.

Forme rénale pure de Leptospirose Pomona chez un porcher. — MM. Fred Siguier et Jacques Poulet.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

Séance du 6 juin 1947

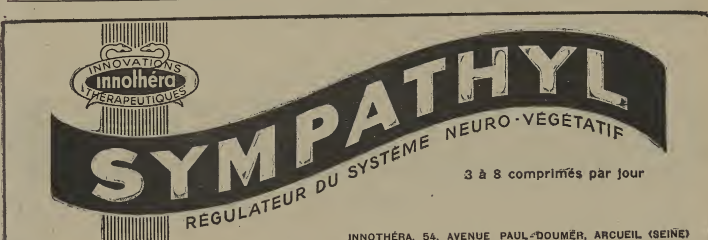
Astrocytome fibrillaire pariétal gauche. Exérèse. Radiothérapie. Survie utile de trois ans. — MM. Janbon et Cl. Gros.

Métastase médullaire d'un glioblastome kystique frontal gauche traité huit mois plus tôt par exérèse large et radiothérapie. — M. Cl. Gros.

Symptomatologie atypique d'un glioblastome kystique intra-médullaire. Forme rachialgique pure pendant deux ans. — MM. Pagès et Cl. Gros ont vu s'installer en quelques heures une paraplégie complète avec rachialgies très vives, après deux ans d'évolution très sobre caractérisée par des rachialgies et une attitude en flexion du tronc. Il s'agissait d'un glioblastome volumineux du segment lombo-sacré chez un garçon de seize ans et demi. Observation comparable à celles publiées par Chavany, Klein et Guiot en 1942.

Méningiome de l'arête avec volumineux ostéome du sphénoïde. — MM. Gavaudan, Causse et Cl. Gros ont observé un méningiome frontal et temporal très volumineux surmontant un ostéome sphénoïdal-frontal et temporal. Les difficultés d'hémostase du méningiome au contact du sinus caverneux nécessitèrent des coagulations puissantes, causes probables des troubles diencéphaliques qui emportèrent brusquement la malade à la douzième heure.

Sur un cas de cirrhose hypertrophique ictérigène du nourrisson. — MM. J. Chaptal, P. Cazal, Ch. Jany, L. Bertrand et Ch. Rigoulet ont vu un enfant de 19 mois qui présentait depuis l'âge de 6 mois un ictère chronique, foncé, avec rétention des sels et pigments biliaires, apparu après un épisode infectieux cutané. Hyperbilirubinémie, mais composants chimiques du sang à leur taux normal. Résistance globulaire normale. L'examen histologique sur fragment prélevé par ponction-biopsie permet de conclure à l'origine inflammatoire d'un processus cirrhotique en cours d'instauration ; il s'agit d'une hépatite périportale avec début de sclérose insulaire. On retrouve dans ce cas l'étiologie inflammatoire invoquée à l'origine des cirrhoses du nourrisson par Mac Mahon et Mallory ainsi que par Walgreen.


INNOVATIONS
innothéra
THÉRAPEUTIQUES
SYMPATHYL
RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF
3 à 8 comprimés par jour
INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

Trois observations de maladies de Still. — J. Chaptal rapporte trois cas de maladie de Still, respectivement observés chez des enfants de 2 ans et demi, de 3 ans et de 8 ans 10 mois. La symptomatologie est typique : atteintes articulaires multiples et symétriques ; localisation périarticulaire du processus, adénopathies, splénomégalies, polynucléose sanguine et fièvre. L'évolution a été favorable dans un cas : après un an d'évolution cet enfant est en rémission depuis 5 ans. Les deux autres ont l'évolution chronique habituelle entrecoupée de rémissions non durables.

Sur un cas d'hypotrophie staturale d'origine intestinale. M. J. Chaptal.

Sur la mort imprévue du nourrisson, huit observations. — M. J. Chaptal. — La mort imprévue du nourrisson n'est pas rare, ses causes sont souvent difficiles à préciser. Sur huit cas, trois concernent des nourrissons atteints d'eczéma, un autre enfant âgé de deux ans et demi est mort brutalement dans le cours d'une crise d'asthme. On peut admettre chez ces malades l'existence de perturbations végétatives corollaires de l'eczéma (état thymolymphatique) ou engendrées par la crise d'asthme. Pour les quatre autres nourrissons, en état de bonne santé apparente aucune cause étiologique n'a été trouvée. On peut hypothétiquement invoquer la pénétration dans les voies respiratoires d'un vomissement non extériorisé, ainsi que Julien Marie et M. Lamy en ont rapporté quelques cas.

Ostéochondrite de la hanche consécutive à une arthralgie persistante apparue au cours d'une méningococcie. — M. J. Chaptal.

Sur un cas d'hémiplégie droite congénitale avec troubles de la parole. — M. J. Chaptal présente l'observation d'un enfant de 5 ans et demi dont l'hémiplégie droite est accompagnée de troubles de la parole ; il ne s'agit pas d'aphasie vraie, mais de langage monosyllabique, légèrement dysarthrique. L'enfant comprend bien, apprend de nouveaux mots, mais les prononce mal. Ce cas paraît superposable à celui rapporté récemment par Heuyer et Duchesne.

Etude du fond d'œil dans la maladie de Biermer. — MM. P. Laporte et R. Cazaban insistent sur la fréquence des altérations rétiniennes dans la mégaloblastose de Biermer. Les hémorragies sont la lésion dominante ; elles sont surtout péripapillaires en flammèches le long des gros troncs veineux. Les exsudats plus rares, disposés également le long des veines, paraissent répondre à des amas fibrineux témoins d'hémorragies en voie de résorption. Les signes fonctionnels sont très frustes ou inexistants. Les auteurs ont pu constater que l'évolution des altérations rétiniennes est parallèle à celle de l'anémie et qu'elle se fait vers *la restitutio ad integrum.*

Les hémorragies rétiniennes au cours des anémies aiguës post-hémorragiques. — MM. P. Laporte, L. Bertrand et R. Cazaban relatent deux observations d'hémorragies rétiniennes avec œdème de la papille survenues après des hémorragies digestives. L'un de ces cas a évolué vers l'atrophie optique, le second vers la guérison sans séquelles. Discussion de la pathogénie de ces lésions et notamment le rôle de la résorption du sang épanché dans le tube digestif ainsi que le rôle éventuel des transfusions sanguines thérapeutiques.

Thrombose bilatérale de la veine centrale de la rétine au cours d'une maladie de Vaquez. — MM. Ch. Dejean, P. Laporte et R. Cazaban qui en rapportent une observation, indiquent que le tableau ophtalmoscopique rappelle celui d'une thrombose typique avec œdème de la papille, hémorragies disséminées très nombreuses, veines turgescentes et comme boudinées, acuité visuelle réduite à la perception lumineuse. En outre l'amélioration du fond d'œil a suivi l'évolution favorable de la maladie par la phénylhydrasine. En dehors du cas de Bonnet d'une thrombose de la veine centrale au cours d'une polyglobulie secondaire à une sclérose pulmonaire, nous n'avons pas connaissance de cette complication oculaire pourtant logique vu la fréquence des thromboses au cours des maladies de Vaquez.

Strabisme convergent paralytique bilatéral par polioencéphalite de siège moyen chez un myope fort avec antécédents tuberculeux manifestes. — MM. Ch. Dejean, P. Laporte, R. Cazaban et R. Gassenc.

Etat de mal comitial symptomatique d'un gliome kystique frontal. — MM. Euzière, Pages, Duc, Gros et Izarn. — Chez une femme de 44 ans, présentant depuis trois mois des troubles psychiques, des céphalées, des paresthésies et des secousses cloniques du membre supérieur gauche, s'installa un état de mal comitial avec hyperthermie et signes méningés qui amena la mort en 48 heures. Une hyperalbuminose rachidienne (0 gr. 50) et une hyperleucocytose (101 leucocytes par mm³) avaient fait soulever l'hypothèse d'une méningo-encéphalite. L'examen nécropsique montra un œdème cérébral diffus et une volumineuse perte de substance qui avait détruit la totalité du lobe préfrontal à l'exception du cortex externe et communiquant largement avec le ventricule : il s'agissait d'un oligodendrogliome.

Les névralgies méningées. Leur traitement par la section de l'artère méningée moyenne. — MM. J. Euzière, P. Pagès, N. Duc, C. Gros et P. Izarn.

Un cas de ramollissement pseudo-tumoral. — MM. Euzières, Pagès, Duc, Gros et Izarn.

Etude physiopathologique d'un diabète insipide. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant, C. Benezech et A. Pineau rapportent l'observation d'un homme de 20 ans, présentant depuis quatre mois un diabète insipide dont l'origine n'a pu être précisée. Début probable par la soif. Action substitutive de l'hormone post-hypophysaire : réduction de la polyurie de 16 à 8 litres par 20 unités de post-hypophyse de bœuf. Action relative de la suggestion (injections d'eau bidistillée et de cacodylate de soude) entraînant une chute de la diurèse de 30 p. 100. Etude des variations de l'eau globulaire totale et en particulier de l'eau libre et de l'eau liée avant et après injections de Neptal, ayant entraîné une baisse de la polyurie de 40 p. 100 ; légère augmentation de l'eau totale, hausse importante de l'eau libre et baisse de l'eau liée.

CHRONIQUE

La journée thérapeutique de Paris
15 octobre 1947

La journée thérapeutique de Paris s'est ouverte le 15 octobre dernier dans la salle du Conseil de la Faculté de Médecine de Paris qui, avec ses admirables Gobelins tous remis en place, a retrouvé le noble aspect qu'elle avait avant la guerre.

M. le Président Loeper, l'initiateur et l'infatigable animateur depuis 1933 de l'Union Thérapeutique, a montré, une fois de plus, ce que peut une volonté mise au service d'une grande idée. Malgré les circonstances les plus défavorables, il a accueilli, à l'heure dite, les éminents thérapeutes français et étrangers venus à cette réunion de travail. Cette exactitude n'était pas sans mérite, la grève des transports et la menace d'autres grèves ayant jeté dans Paris le trouble que l'on sait. Nos confrères étrangers, en particulier, en ont souffert plus que les autres.

A l'heure indiquée, tout le monde avait cependant pris place.

M. le doyen Binet présidait la séance d'ouverture. Il avait à sa droite le professeur Loeper et le professeur Bacq (de Liége), à sa gauche les professeurs Dodds (de Londres), Rietti (de Ferrare) et André Lemaire.

Dans la très nombreuse assistance, nous apercevons MM. Edmond Lesné, les professeurs A. Lemierre, Jean La Barre (de Bruxelles), Mollaret, Aubertin, Harvier, Guy Laroche, Polonovski, Courrier (du Collège de France), Bressou (d'Alfort), Ferin (de Louvain), le doyen Giraud (de Montpellier), le professur agrégé Ch. Debray, Mlle le professeur Jeanne Lévy, les Drs Khouri (du Caire), Larizza (de Pavie), R. Denis (de Louvain), Coste, Perrault, Deparis, J. Cottet, Albeaux-Fernet, Nicaud, Bourguignon.

M. le professeur Loeper, au nom de l'Union Thérapeutique, souhaite la bienvenue aux confrères étrangers. Il exprime le regret que la grève des transports ait retardé M. le professeur Bugniard, représentant M. le Ministre de la Santé publique ; il devait arriver quelques minutes plus tard.

Jetant un regard sur l'œuvre accomplie, M. Loeper rappelle les grandes questions étudiées dans les précédentes Journées thérapeutiques : le traitement parentéral de l'ulcère gastrique et les colibacilloses ; les radiations et la cholestérine ; l'hypertension et le soufre ; le phosphore et les médications des globules blancs ; le fer, les aérosols. Cette rapide énumération ne donne-t-elle pas un juste aperçu de la valeur des travaux passés ?

L'Union, en mars 1940, en pleine guerre, réunissait à Paris quatorze nations amies... M. Loeper exprima le désir que la paix, la vraie paix, réalise enfin l'union de tous les thérapeutes de bonne volonté.

M. Doods, au nom des étrangers, prononça en excellent français une allocution très cordiale.

M. le doyen Binet, enfin, souhaite la bienvenue aux savants étrangers.

La Faculté, dit-il, sait gré aux organisateurs de provoquer les travaux remarquables qu'ils feront connaître. Il termine son allocution en exprimant au professeur Loeper son affectueuse gratitude.

On passa alors à l'étude de la première question : les ŒSTROGÈNES ARTIFICIELS, avec le rapport de M. Dodds sur l'histoire du diéthylstilboestrol.

L'après-midi fut ensuite consacrée d'une part à la discussion des rapports et des communications, d'autre part sous la présidence du professeur Harvier, remplaçant le professeur Hazard, à l'étude de la seconde question mise à l'ordre du jour : LE MAGNÉSIUM.

Nous en publierons le compte rendu.

F. L. S.

La réception de M. Henri Mondor à l'Académie française

Jeudi dernier, M. Georges Duhamel a reçu à l'Académie française M. Henri Mondor. L'un et l'autre n'ont pas oublié que l'illustre poète Paul Valéry, qui allait être glorifié, s'était lié, pendant ses années de droit à Montpellier, avec de nombreux étudiants en médecine parmi lesquels il trouva ses premiers admirateurs, et les plus enthousiastes. Il y a moins de dix ans, en 1938, enfin, Paul Valéry n'accepta-t-il pas de présider la séance inaugurale du Congrès français de Chirurgie, aux côtés de son ancien camarade de Montpellier, M. le professeur Léon Imbert (de Marseille). Et l'on entendit le poète parler à des chirurgiens de « l'Art de la main », et son discours fut à la fois un enseignement et un enchantement.

Au dîner du Congrès, un hasard bienveillant me plaça, non loin de Paul Valéry et de Léon Imbert, auprès d'Henri Mondor, de René Leriche et du cher Thierry de Martel. Malgré les incertitudes du moment aucun des assistants ne réalisait, certes, l'approche si rapide des événements qui allaient accabler notre pays et dont une des premières victimes allait être de Martel si plein de vie et de dynamisme.

Enfin Mondor pouvait-il imaginer, à ce moment, qu'un jour il serait appelé au redoutable honneur d'évoquer sous la noble coupole la mémoire de l'auteur de la « Jeune Parque ».

M. Henri MONDOR n'a déçu personne, son portrait de Paul Valéry a été celui qu'on attendait. Pendant une heure trop courte, M Mondor a fait revivre l'illustre poète. Il l'a placé dans son cadre montpelliérain, à l'ombre de la Tour des Pins, dans « les jardins pleins d'arbres étranges et de rêveurs ponctuels » où se trouve la tombe problématique de Narcissa. Il a rappelé le voisinage attirant de la mer, qui a marqué le poète. « A Sète déjà, dans une enivrante profusion de lumière, la Méditerranée avait imprégné pour toujours sa sensibilité en berçant ses contemplations et ses rêves d'enfant... »

Dans son étude étincelante et fouillée, M. Mondor place les premiers essais de Valéry « sous l'influence opulente de Victor Hugo, puis sous celle de Baudelaire, critique et raffinée... ». Vers la vingtième année, il devient l'ami de Pierre Louys, il apprend à connaître Verlaine et Mallarmé. L'amitié d'André Gide attire à Paris « l'inattentif étudiant en droit ». Ainsi se trouvèrent réunis deux jeunes gens « marqués pour l'histoire des lettres et le rayonnement de la langue française ? ».

« Avec une générosité de bonne humeur épisodique, l'un d'eux a écrit qu'il existe dans chaque homme la place qui attend la venue de quelque génie. Ils n'attendirent pas longtemps. Pour s'en tenir à Paul Valéry, l'on peut dire que l'irruption fécondante, dans cette place privilégiée, a été celle de Stéphane Mallarmé. »

Et M. Henri Mondor, fidèle disciple, lui-même, de Mallarmé de s'écrier : « Il n'est pas sûr que sans Baudelaire, Mallarmé eût été ce qu'il fut, et l'on ne peut savoir ce que Paul Valéry eût choisi de donner sans les vers d' « Hérodiade » et du « Toast funèbre », sans les entretiens de la rue de Rome et de Valvins. Il a confié à un ami, qu'il devait surtout à Mallarmé sa conception de l'art, sa technique et son vocabulaire. »

Il est impossible de résumer l'admirable discours dont timidement, j'ai essayé d'indiquer le début. Maintenant M. Mondor rappelle les œuvres de Valéry, depuis l' « Introduction à la Méthode de Léonard de Vinci » et la « Soirée avec M. Teste », jusqu'à la « Jeune Parque », ce splendide poème qui semble d'une coulée presque plane... ».

Et il peut justement s'écrier : « Ne vous paraît-il pas stupéfiant, messieurs, que votre illustre ami ait été, comme malgré lui, tout ensemble, et à un degré inconnu, très grand poète, très grand prosateur et analyste profond ? ».

Si M. Mondor parla de Valéry en disciple de Mallarmé, M. Georges DUHAMEL n'oublie pas qu'il est lui-même médecin et qu'il a pour le grand chirurgien Henri Mondor une profonde révérence.

« Cette réputation qui est la vôtre, cette renommée que vous avez gagnée dans « l'art de la main », vous ne devez pas tout cela seulement à votre grande science professionnelle, à la précision de votre jugement, à la fermeté de vos arrêts, à la précision de vos gestes ; vous en êtes aussi redevable à un trousseau de qualités morales qui vont de la courtoisie parfaite à la parfaite charité...

« Si je me suis hasardé, monsieur, à porter notre colloque sur ce terrain particulier, c'est non seulement parce que de tels problèmes peuvent retenir l'attention du philosophe, mais c'est aussi parce que cette heure que nous vivons est la vôtre et qu'il me faut, même discrètement, comme vous l'avez fait pour votre prédécesseur, chercher votre personne à travers vos travaux et vos livres. Or il se trouve que, si vos livres ornent les rayons de maintes bibliothèques, vous avez en outre laissé votre marque particulière, votre fine signature sur les téguments d'un grand nombre de vos contemporains. Tous ceux qui vous ont lu vous estiment ou vous admirent. Tous ceux qui ont senti passer le fil de votre couteau vous honorent et vous aiment.

« La vie vous a refusé peu de choses : elle vous a même donné la joie d'enseigner une part de ce que vous savez. Vous êtes le titulaire d'une chaire renommée. Vous avez donné votre nom à une maladie, honneur que maints praticiens illustres n'ont pas reçu. On dira désormais « la maladie de Mondor », comme on dit « le mal de Pott » ou « la maladie de Dupuytren ». Vous avez des élèves, ou mieux, des disciples. L'Académie, qui honore aujourd'hui vos travaux littéraires, reconnaît et salue vos mérites scientifiques : vous êtes le premier chirurgien élu par notre Compagnie. Vous jouissez d'une grande autorité mais vous en jouissez avec mesure. J'ai beaucoup aimé, dirai-je, puisque j'en suis à ce mot, à cette idée de mesure, ce qui, dans votre discours, est, en propres termes, le remerciement à l'Académie. Une seule page et pleine de retenue. Voilà qui est de bon exemple et qui manifeste à mon sens la plus sûre modestie...

« Vous comptez, par le monde, beaucoup d'amis à qui vous avez donné du plaisir ou des clartés, beaucoup d'amis à qui vous avez rendu de précieux services, beaucoup même à qui vous avez rendu la vie. Vous ne pouviez pas, sachant ce que vous savez, faisant ce que vous faites, vous ne pouviez pas vous détourner du monde ou, si vous préférez un autre mot, du siècle. Vous ne vous en êtes pas détourné en effet. Et pourtant, vous avez toujours observé des disciplines rigoureuses. A la vie de la société, vous ne cédez que ce que vous entendez céder. Pris tout le jour par des travaux sourcilleux, vous passez une grande part de veilles dans une austère solitude. Vos confrères, vos malades, vos amis, vos admirateurs peuvent, s'ils ont besoin de votre cœur, de votre esprit ou de vos mains, vous appeler, le soir. Ils ont mille chances de vous trouver, fidèle, devant votre table de travail, au milieu de vos livres. Je dis cela tout bas, avec l'espoir que vous seul m'entendrez. Je m'en voudrais beaucoup de troubler, par une imprudence même amicale, ce que les bons auteurs auraient appelé, jadis, votre particulier. Je m'en voudrais de contribuer à gâter l'un des précieux instants pendant lesquels, las d'écrire ou de méditer, vous composez, d'un crayon délicat, ces dessins qui représentent des livres, des fleurs, des coquilles, oui, des coquilles semblables à celles dont Valéry interrogeait volontiers la sinueuse extravagance... »

Si, comme l'a dit M. Duhamel, M. Mondor a fait le beau discours que l'on attendait de lui, on peut retourner à M. Duhamel son compliment. Il a dit, mieux que personne, le bien que tous pensent du brillant successeur de Paul Valéry.

F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Deux siècles d'histoire hospitalière, par le Dr Pierre VALLERY-RADOT. Préface par le Professeur PASTEUR VALLERY-RADOT (de l'Académie française). Un volume de 262 pages avec de très nombreuses illustrations. Editeur Paul Dupont. Paris 1947.

On connaît la valeur de l'œuvre historique déjà considérable de M. Pierre Vallery-Radot. Est-il utile de rappeler ses publications relatives à l'Histoire de la Médecine, aux Origines de la Faculté de Médecine de Paris, aux hôpitaux parisiens et enfin son excellent volume, préfacé par H. Mondor, sur les chirurgiens d'autrefois et la famille d'Eugène Sue.

L'auteur nous apporte aujourd'hui, présenté par le Professeur Pasteur Vallery-Radot un ouvrage considérable par son contenu et par sa documentation : « Deux siècles d'histoire hospitalière. » Dans ce beau volume, richement illustré, le Dr Pierre Vallery-Radot fait revivre le Paris d'autrefois et ses vieux hôpitaux.

Pourquoi toujours parler des vieilles pierres au lieu de se tourner vers les hôpitaux modernes que nous offre l'étranger? Une anecdote que raconte le regretté Emile Sergent et que rapporte l'auteur répond à cette question et montre combien il est utile au prestige de la France de rappeler les souvenirs attachés à nos vieilles pierres hospitalières.

« Un jour, un confrère d'un pays jeune, était venu voir Sergent à la vieille Charité. Comme Sergent lui faisait gravir les marches vermoulues de l'escalier qui conduit à l'amphithéâtre Laënnec : Ça est sale ici », dit l'étranger. « Non, mon cher confrère, lui répondit Sergent, ce n'est pas sale, c'est vieux. Dans les fissures de ces marches il y a encore la poussière des bottes de Laënnec. Vous n'avez pas cela chez vous. »

« Misère et grandeur des hôpitaux de Paris », dit l'auteur. Mais de quel prestige ne jouissent-ils pas encore : « Que de fois, en Amérique, écrit Pasteur Vallery-Radot, ai-je entendu prononcer avec vénération les mots de l'Hôtel-Dieu, Saint-Louis, la Charité, Bicêtre, la Salpêtrière », mots magiques qui évoquent tout un passé de travail et de gloire... »; c'est là que les Laënnec, les Bretonneau, les Trousseau, les Dieulafoy, les Widal, les Pierre Marie se sont penchés sur les malades.... »

Misère de nos vieux hôpitaux, peut-être, mais grandeur de ce patrimoine hospitalier dont les bâtiments remplacés peu à peu par des constructions modernes gardent leurs grands noms et conservent le prestige de nos illustres cliniciens.

Remercions l'auteur de nous apporter ce magnifique ouvrage qui à l'étranger contribuera à maintenir le renom de la médecine française.

F. L. S.

Annuaire Médical des stations hydrominérales et climatiques. Ed. Expansion scientifique, Paris.

Une nouvelle édition de l'**Annuaire Médical des stations hydrominérales, climatiques et balnéaires, sanatoriums et maisons de santé,** qui n'avait pu être édité depuis 1939, vient de paraître.

L'éloge de cette publication n'est plus à faire. Médecins et malades savent tout l'intérêt qu'offre cet ouvrage qui reste seul en France à donner des notices particulièrement détaillées sur toutes nos stations thermales, climatiques, balnéaires et sur un grand nombre de nos établissements médicaux.

L'édition 1947 (un fort volume de plus de 400 pages, sur beau papier, de présentation soignée, avec de nombreuses figures), représente un effort considérable de documentation et fait de l'Annuaire le guide indispensable des médecins et des malades.

Dépôt légal. — 1947. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 46. — SAMEDI 15 NOVEMBRE 1947 120e ANNEE Ce numéro : 10 francs



La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTES DE MEDECINE

Concours d'agrégation

Par arrêté du 6 novembre 1947 :

Les épreuves du concours d'agrégation des facultés de médecine et de la section médicale des facultés mixtes de médecine et de pharmacie auront lieu à une date qui sera fixée par arrêté du ministre de l'Education nationale.

Les places d'agrégés désignées dans le tableau ci-dessous sont mises au concours :

SECTION I. — **Médecine générale.** — Bordeaux, 1 place ; Lille, 1 ; Montpellier, 1 ; Strasbourg, 2.

SECTION II. — **Chirurgie générale.** — Bordeaux, 1 place ; Lyon, 1 ; Montpellier, 1 ; Nancy, 1 ; Strasbourg, 1.

SECTION III. — **Dermato-syphiligraphie.** — Alger, 1 place.

SECTION V. — **Neuro-chirurgie.** — Paris, 1 place ; Montpellier, 1.

SECTION VIII. — **Odonto-stomatologie.** — Alger, 1 place ; Bordeaux, 1 ; Lille, 1 ; Lyon, 1 ; Montpellier, 1 ; Toulouse, 1.

SECTION IX. — **Ophtalmologie.** — Marseille, 1 place ; Lyon, 1.

SECTION X. — **Oto-rhino-laryngologie.** — Alger. 1 place.

SECTION XI. — **Pédiatrie et puériculture.** — Bordeaux, 1 place.

SECTION XII. — **Electro-radiologie.** — Bordeaux, 1 place.

SECTION XIII. — **Médecine légale et médecine du travail** — Paris, 1 place ; Alger, 1 ; Marseille, 1 ; Bordeaux, 1 ; Strasbourg, 1.

Faculté de Médecine de Paris

Conférences d'actualités pratiques

Ces conférences, destinées à tous les médecins, auront lieu au Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine, les mardis et vendredis à 20 h. 30 et à 21 h. 30, du 18 novembre 1947 au 19 mars 1948.

PROGRAMME

Mardi 18 novembre. — 20 h. 30, Doyen Léon Binet : La médecine correctrice ; 21 heures 30, Prof. agr. Funck-Brentano : Les avortements.

Vendredi 21 novembre. — 20 h. 30, Prof. Chabrol : La pénicilline dans la lithiase biliaire infectée ; 21 h. 30, Prof. agr. Rudler : Traitement actuel des brûlures.

Mardi 25 novembre. — 20 h. 30, Prof. Harvier : Les traitements modernes de l'anémie de Biermer ; 21 h. 30, Prof. Petit-Dutaillis : Evolution des idées sur le traitement chirurgical des sciatiques chroniques.

V[illegible]dredi 28 novembre. — 20 h. 30, Prof. a[illegible] Garcin : Examen d'un traumatisé du [illegible] ; 21 h. 30, Dr Guillaume : Traumatisme cranien.

Mardi 2 décembre. — 20 h. 30, Dr Rachet : Diagnostic et traitement du rétrécissement du rectum ; 21 h. 30, Dr Aubry : Traitement de la surdité.

Vendredi 5 décembre. — 20 h. 30 : Prof. Desoille : Rapport entre le médecin du travail et le médecin praticien ; 21 h. 30 : Prof. Sénèque : Traitement des fractures diaphysaires par l'enclouage à la Kuntscher.

Mardi 9 décembre. — 20 h. 30, Dr Flandin : Diagnostic et traitement des intoxications oxycarbonées ; 21 h. 30, Prof. agr. Fèvre : Invagination intestinale aiguë du nourrisson.

Vendredi 12 décembre. — 20 h. 30, Prof. agr. Cachera : Les ascites au cours des tumeurs de l'ovaire. Intérêt du traitement chirurgical ; 21 h. 30, Prof. Fey : Données récentes sur le traitement de la tuberculose rénale.

Mardi 16 décembre. — 20 h. 30, Prof. agr. Kourilsky : Diagnostic et traitement des suppurations pulmonaires ; 21 h. 30, Prof. agr. Ameline : Pronostic des cancers génitaux chez la femme.

Vendredi 19 décembre. — 20 h. 30, Prof. Etienne Bernard : Le traitement de la tuberculose par la streptomycine ; 21 h. 30, Prof. agr. Merle d'Aubigné : Traitement des fractures du cou de pied.

Mardi 6 janvier. — 20 h. 30, Prof. H. Benard : Notions modernes sur l'intoxication mercurielle ; 21 h. 30, Prof. agr. Couvelaire : La cystite et son traitement.

Vendredi 9 janvier. — 20 h. 30, Dr Fauvert : Diagnostic, pronostic et traitement des hépatites ictérigènes ; 21 h. 30, Prof. agr. Léger : Thromboses et embolies post-opératoires.

Mardi 13 janvier. — 20 h. 30, Prof. agr. Marchal : Diagnostic et traitement des angines à monocytes ; 21 h. 30, Prof. Dechaume : Réflexions sur le traitement médical de la carie dentaire.

Vendredi 16 janvier. — 20 h. 30, Prof. agr. Gilbert Dreyfus : Classification et traitement des obésités ; 21 h. 30, Prof. Brocq : La place de l'endométriose dans la gynécologie.

Mardi 20 janvier. — 20 h. 30, Prof. agr. Lamy : Acquisitions récentes sur le diagnostic, le traitement et la prophylaxie de la coqueluche ; 21 h. 30, Prof. agr. Huguier : Le diagnostic et le traitement des artérites des membres inférieurs.

Vendredi 23 janvier. — 20 h. 30, Prof. agr. Chevalier : Les nouveaux traitements

des maladies du sang ; 21 h. 30, Dr Charrier : Données récentes sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de l'ulcère peptique post-opératoire.

Mardi 27 janvier. — 20 h. 30. Prof. agr. Hamburger : Acquisitions récentes sur les néphrites ; 21 h. 30, Prof. Moulonguet : Indications thérapeutiques générales dans les cancers.

Vendredi 30 janvier. — 20 h. 30, Prof. agr. Debray : Notions récentes sur le diagnostic des ulcères de l'estomac ; 21 h. 30, Prof. agr. Varangot : Diagnostic et perspectives thérapeutiques de la stérilité masculine.

Mardi 3 février. — 20 h. 30, Prof. agr. Merklen : La pénicilline en vénéréologie ; 21 h. 30, Prof. agr. Padovani : Traitement chirurgical et orthopédique du rhumatisme chronique déformant.

Vendredi 6 février. — 20 h. 30, Prof. Loeper : Les foies irritables ; 21 h. 30, Prof. agr. Ménégaux : Indications thérapeutiques dans les goitres.

Vendredi 13 février. — 20 h. 30, Prof. agr. Huguenin : Diagnostic et traitement des tumeurs noires de la peau ; 21 h. 30 : Prof. agr. Roux : Diagnostic clinique et indications thérapeutiques du méga-œsophage.

Mardi 17 février : 20 h. 30, Prof. Mocquot : Indications thérapeutiques dans les cancers du col de l'utérus ; 21 h. 30, Prof. agr. Laplane : Diagnostic et traitement des vomissements du nourrisson (sténose du pylore exceptée).

Vendredi 20 février. — 20 h. 30, Prof. Lelong : Diagnostic et traitement de la sténos hypertrophique du pylore du nourrisson ; 21 h. 30, Prof. agr. Sureau : Analgésie et anesthésie obstétricales.

Mardi 24 février. — 20 h. 30, Prof. agr. Decourt : Acquisitions récentes en pathologie thyroïdienne ; 21 h. 30, Dr R. Monod : Traitement des abcès du poumon.

Vendredi 27 février. — 20 h. 30, Prof. Guillain : Les traitements modernes de la maladie de Parkinson ; 21 h. 30 : Prof. agr. Sicard : Le problème de la castration dans le cancer du sein.

Mardi 2 mars. — 20 h. 30, Prof. Delay : La médecine psycho-somatique ; 21 h. 30, Prof. agr. Patel : Etat actuel du traitement chirurgical de l'hypertension artérielle.

Vendredi 5 mars. — 20 h. 30, Prof. Gougerot : Traitement d'attaque d'un syphilitique ; 21 h. 30 : Prof. agrégé de Gaudart d'Allaines : Etat actuel du diagnostic et du traitement du cancer de l'œsophage.

Mardi 9 mars. — 20 h. 30, Prof. agr. Coste : Diagnostic et traitement des polyarthrites chroniques ; 21 h. 30, Prof. agr. Renard : Accidents oculaires du diabète.

Vendredi 12 mars. — 20 h. 30, Prof. agr. Bariéty : Diagnostic et traitement des cancers broncho-pulmonaires ; 21 h. 30, Prof. Leveuf : Données actuelles sur le traitement des luxations congénitales de la hanche.

Mardi 16 mars. — 20 h. 30, Prof. agr. Brouet : Diagnostic et traitement des pneumo-thorax spontanés non tuberculeux ; 21 h. 30, Dr Poilleux : Dystonies biliaires.

Vendredi 19 mars. — 20 h. 30, Prof. Donzelot : Diagnostic et traitement des endocardites malignes lentes ; 21 h. 30, Prof. Halphen : Coryza spasmodique, pathogénie endocrino-sympathique et thérapeutique actuelle.

Marine

Ecoles de médecine navale

Les concours pour l'emploi de professeur agrégé des écoles de médecine navale (ligne médicale), annoncés par circulaire ministérielle du 4 mars 1947, auront lieu à l'hôpital maritime Sainte-Anne, à Toulon, à partir du 2 décembre 1947.

Hommage à la Mère Saint-Prosper. — A l'occasion de la remise de la croix d'officier de la Légion d'honneur à la Mère Saint-Prosper, qui fut durant cinquante ans surveillante du service de chirurgie à l'hôpital Boucicaut, un souvenir doit lui être remis au nom des anciens chefs de service, des anciens assistants, des anciens internes et de ceux qui ont travaillé avec elle ou qu'elle a soignés.

Les personnes qui, l'ayant connue et admirée, veulent participer à cette souscription, peuvent envoyer leur contribution à Mme Madeleine Jacquier, hôpital Boucicaut, Pavillon D.

Les anesthésiques peuvent-ils annihiler l'action de n'importe quel poison, fût-ce le cyanure de potassium ? — C'est ce qui semble résulter d'un entrefilet de « Bruxelles Médical » au sujet d'un article paru dans « Les Nouvelles » de Moscou, sous la signature du Dr Friedland. La découverte serait due aux travaux du professeur Vsevold Galkin, du département de physiologie et de pathologie de l'Académie navale médicale de Leningrad.

Ces travaux russes seraient basés sur les expériences de Roux et Bezredka qui avaient remarqué que l'éther désensibilisait l'organisme des cobayes à l'égard de l'injection de sérum de cheval. Centrant ses travaux sur cette « extinction » du système nerveux central, le professeur Galkin se livra à de nombreuses expériences. Il prit des chats qu'il exposa à un violent poison, la lewisite. Puis il anesthésia la moitié des chats. Ceux qui n'avaient pas été anesthésiés furent atteints de troubles cutanés ; ceux qui avaient été anesthésiés s'en tirèrent sans dommage.

Les expériences furent renouvelées en prenant cette fois-ci du cyanure de potassium. Le professeur Galkin prit ensuite douze chats et administra un narcotique à six d'entre eux. Puis il injecta à tous les chats du cyanure de potassium.

Les six chats qui n'avaient pas été anesthésiés moururent sur le champ. Deux des autres chats qui avaient été anesthésiés moururent dès que l'anesthésique eut terminé son effet, mais les quatre derniers survécurent à l'injection de cyanure de potassium. Et l'on découvrit par la suite que les deux chats anesthésiés qui avaient succombé étaient morts parce qu'ils avaient repris leurs sens trop rapidement.

CHRONIQUE

La remise de la médaille du Dr Armand-Delille

Il y a quelques jours a eu lieu, au siège de l'Œuvre Grancher, une réunion pour la remise au Dr Armand-Delille d'une médaille. Par cette cérémonie, les amis et les élèves de M. Armand-Delille tenaient à lui manifester leur reconnaissance et leur admiration au moment où, après avoir été élu à l'Académie de médecine, il a été atteint par la limite d'âge dans les hôpitaux.

Des allocutions furent prononcées par le Dr Jules Renault et le Dr Rist, au nom de l'Académie ; par le Dr Morin, au nom des confrères suisses ; par le Dr Hillemand, au nom de ses collègues des hôpitaux. M. André Siegfried, de l'Académie française, empêché, avait adressé une très belle lettre à notre confrère.

On sait, qu'indépendamment de ses travaux et de sa carrière hospitalière si laborieuse, Armand Delille a assumé la lourde charge de secrétaire général de l'Œuvre Grancher. A ce propos, il faut citer un passage de l'allocution prononcée par M. Jules Renault. Elle rend un juste hommage à la vie de travail et de dévouement d'Armand-Delille.

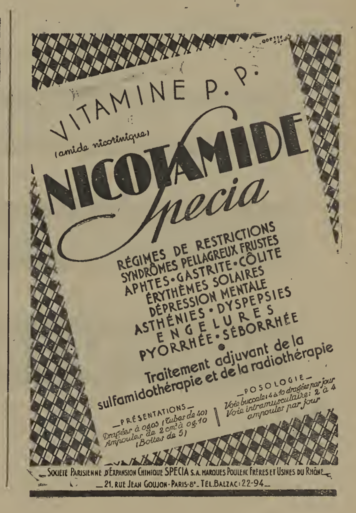
« Si vif que soit l'intérêt que vous avez porté à toutes les œuvres sociales, il en est une à laquelle vous vous êtes voué corps et âme : l'Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose, fondée en 1903 par Grancher dont elle porte aujourd'hui le nom. Pénétrant, connaisseur d'hommes, il vous avait bien jugé quand, en 1907, quelques semaines avant sa mort, il vous choisit comme secrétaire général de son Œuvre ; il a eu la prescience des services immenses que vous deviez lui rendre ; nous vous avons vu, infatigable itinérant, aller par voie de terre, de mer ou des airs, porter la bonne parole en Algérie, en Tunisie, en Grande-Bretagne, en Espagne, dans les Pays Baltes et jusqu'aux Etats-Unis ; tout dernièrement, au cours d'un voyage à New-York, entre deux avions, vous avez eu la grande satisfaction d'être invité à assister à l'inauguration d'une Œuvre Grancher dans l'île de Cuba, pays d'origine de Mme Grancher, généreuse bienfaitrice de l'Œuvre, ainsi que sa famille. »

L.

Nécrologie

— Le Dr Lucien Gérard, ancien interne des hôpitaux de Paris (1er de la promotion 1911), chef du laboratoire central de l'hôpital Necker-Enfants-Malades, décédé à l'âge de 61 ans.


Cinq maillons
de la
CHAINE VITAMINIQUE, le
Bécozyme
"Roche"
contient les cinq facteurs* essentiels du complexe vitaminique B sous forme pure. en dosage approprié, et en proportions les plus favorables pour stimuler la croissance et le développement.
* Vitamine B1
Vitamine B2
Vitamine B6
Nicotylamide
Acide pantothénique
Flacons de 20 Dragées
Roche
PRODUITS "ROCHE", 10 RUE CRILLON, PARIS 4e


VITAMINE P.P.
(amide nicotinique)
NICOTAMIDE
Specia
RÉGIMES DE RESTRICTIONS
SYNDRÔMES PELLAGREUX FRUSTES
APHTES • GASTRITE • CÔLITE
ÉRYTHÈMES SOLAIRES
DÉPRESSION MENTALE
ASTHÉNIES • DYSPEPSIES
ENGELURES
PYORRHÉE • SÉBORRHÉE
Traitement adjuvant de la sulfamidothérapie et de la radiothérapie
—PRÉSENTATIONS—
Dragées à 0g05 (Tubes de 40)
Ampoules de 2 cm3 à 0g10 (Boîtes de 5)
—POSOLOGIE—
Voie buccale: 4 à 10 dragées par jour
Voie intramusculaire: 2 à 4 ampoules par jour
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA S.A. MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS-8e - TÉL. BALZAC: 22-94

Toxi-infections bucco-gingivales et maladies des intestins [1]

par M. Edouard Antoine

Le rôle important, que joue la mastication dans la physiologie de la digestion, est bien connu de tous et le résultat de cette dernière dépend pour une grande part de l'état de la denture.

Pourtant, combien de médecins songent-ils à vérifier l'état des dents de leurs malades ? S'ils leur font ouvrir la bouche, c'est pour contrôler rapidement l'état de la langue ; mais qui songe à examiner attentivement les dents, les gencives et les amygdales de chaque malade ? Si le médecin doit faire cet examen indispensable, à plus forte raison le gastro-entérologue doit s'imposer cette discipline. A.J. Held a fait remarquer avec à-propos que le « paradentium » fait partie intégrante de l'ensemble du tractus digestif, dont il est d'ailleurs un dérivé.

Et justement c'est sur cette *réciprocité d'action du tube digestif* (spécialement du grêle et des colons) *et de l'appareil gingivo-dentaire* que je veux appeler votre attention.

1° Action de la mastication sur le reste du tube digestif. — Il est classique et banal de dire que la digestion des aliments dans l'estomac, puis dans l'intestin, dépend de leur mastication plus ou moins parfaite. Cette dernière doit les réduire aussi finement que possible pour que les sucs digestifs puissent les attaquer sur une plus grande surface possible. Que de dyspepsies banales, que de diarrhées surtout et de colites, dépendent ainsi d'une denture défectueuse et, par suite, d'une mastication insuffisante ! On a même prétendu que l'ulcère gastro-duodénal pouvait être la conséquence de troubles dentaires, et que les « foyers infectieux » entretenus dans la bouche par les caries dentaires pouvaient réaliser l'origine infectieuse de certains ulcus. Il est inutile d'insister sur ces faits bien connus.

2° Inversement le retentissement des états intestinaux sur la pathologie gingivo-buccale est plus intéressant encore à étudier et beaucoup moins connu.

Tout le monde parle de la pyorrhée ou des paradentoses (Weski, Held) ou des péri-odonties (américains) ; tous les dentistes et les stomatologistes de tous les pays ont échafaudé des théories sur cette maladie si fréquente et pourtant si mal connue (diathèse arthritique pour Roy, troubles traumatiques et troubles hépatiques, troubles des glandes, troubles du système nerveux).

En est-il résulté un traitement curatif solide ? Absolument pas, car on s'occupe essentiellement de l'état local buccal, et c'est à peu près tout !

Or, plus on essaie de ces traitements locaux : pointes de feu répétées, applications d'*antiseptiques* ou de caustiques, massages gingivaux, etc., et plus les lésions se perpétuent et s'aggravent. Le déchaussement dentaire et l'atrophie du paradentium s'accentuent, les suppurations se multiplient et les malades voient tomber peu à peu leurs dents branlantes et souvent demeurées saines.

Combien de jeunes femmes ai-je vues qui avaient ainsi perdu 10 à 20 dents en quelques années dans de semblables conditions !

Tout se présente comme si les pyorrhées ou paradentoses constituent un grand syndrome non pathognomonique, dans lequel on peut déceler, associés ou non selon les cas :

Soit des troubles mécaniques ;

Soit des troubles chimiques ;

Soit des troubles diathésiques (arthritisme, goutte, diabète) ;

Soit des troubles endocriniens ;

Soit des troubles neuro-végétatifs ;

Soit des troubles hépatiques et vésiculaires (Parturier, Hulin, Gottlieb)

Soit des troubles toxi-infectieux.

Si l'ensemble de ces troubles constitue les causes prédisposantes ou occasionnelles, — *en somme le terrain*, — il faut faire une plus large part aux troubles toxi-infectieux.

De ces troubles toxi-infectieux, l'origine intestinale est certainement la plus fréquente et la plus importante.

[1] Leçon faite à l'hôpital Saint-Michel le 10 mars 1947, dans le service du Dr Delort.

Voici comment mon attention a été fixée sur la coexistence de ces faits :

En janvier 1931, j'ai été appelé à soigner une malade de 38 ans, Mme de G., qui se plaint de fébricule persistante (38° souvent le soir). Un examen attentif met en évidence chez elle : une cholécystite nette, des troubles endocriniens (insuffisance thyro-hypophysaire), des douleurs rhumatismales variées, un rein droit douloureux avec cystite, un état buccal douloureux avec gencives congestionnées et saignantes, dents déchaussées et branlantes. Par ailleurs l'examen d'urine montre du coli et de l'entérocoque. Mais par-dessus tout cet ensemble complexe, il existe une constipation habituelle chronique qui date de l'enfance, et maltraitée par des prises intempestives de pilules laxatives, de loraga etc. Ballonnement, gaz intestinaux et nausées complètent ce tableau clinique. L'examen radiologique montre un côlon descendant très spasmé, segmentant les matières. Il y a une stase généralisée et, 24 heures après un repas opaque, le cæcum est encore plein, alors que 48 heures après, la tête du repas a atteint seulement le colon iliaque.

En résumé, il s'agit d'une malade atteinte d'une constipation totale, spasmodique, datant de l'enfance et ayant entraîné un syndrome complexe entéro-rénal, entéro-hépatique, entéro-articulaire et entéro-bucco-gingival. L'examen des urines révèle l'infection à entérocoques et à coli.

Un traitement médical de rééducation du côlon est prescrit, ainsi qu'un auto-vaccin. La malade s'améliore rapidement et la fièvre disparaît.

Un an après, cette malade vient nous trouver un jour toute joyeuse. Elle sortait de chez son dentiste à qui elle était obligée de faire des visites répétées depuis des années ; or ce dernier venait de lui dire : « Vous avez dû aller voir un autre dentiste, car pour la première fois je vous trouve guérie, les gencives saines, les dents consolidées. Allons, avouez-moi qu'on vous a soigné ailleurs ! » — « En effet, dit-elle, je me suis soigné l'intestin et ce dernier va parfaitement bien depuis. »

Mis en éveil par ces faits, je me suis mis à noter de très près l'état buccal de tous mes malades et je constatai alors que tous les malades atteints de troubles intestinaux anciens et de quelque importance étaient porteurs de lésions des gencives, de paradentoses ou de pyorrhée et en juin 1939, je publiais dans les *Arch. des Mal. de l'App. Dig.*, t. 29, n° 6, un travail exposant mes premières constatations.

Je voudrais vous les exposer simplement, mais depuis cette époque des centaines d'observations nouvelles sont venues me confirmer la très grande fréquence des infections bucco-gingivo-linguales ou rhino-pharyngées en concordance avec les affections d'origine intestinale.

I. Les faits cliniques.

a) Les troubles intestinaux relevés chez la plupart de ces malades sont en relation avec des troubles fonctionnels ou toxi-infectieux subaigus ou aigus, ou bien avec des lésions organiques.

Il s'agit soit de *constipation banale* datant de plusieurs mois ou de plusieurs années et même depuis l'enfance. Constipation maltraitée à « coups de cravache » par des purgatifs ou des laxatifs, bourdaine, séné, rhubarbe, évonymime, phénolphtaléine, etc., ce qui amène des alternatives de constipation et de diarrhée et des débâcles dangereuses (fausses diarrhées) ! A plusieurs reprises j'ai fait constater que des matières reliquéfiées par une hypersécrétion colique sont beaucoup plus dangereuses que les matières trop sèches.

D'autres sont atteints de *diarrhée vraie*, soit qu'il s'agisse de diarrhée toxique ou infectieuse due à l'ingestion d'aliments de conserve par exemple, soit qu'il s'agisse de troubles cæcaux avec fermentations acides et transit prématuré des selles, soit qu'il s'agisse de recto-colite grave ulcéreuse, de dysenterie amibienne ou même de sprue, ou des diverses parasitoses intestinales : lamblia, spirilles, etc.

De toute façon s'impose l'examen aux R. X. de ces malades par repas et surtout par lavement opaque. Ce dernier est absolument indispensable pour dépister un dolichocôlon, des diverticules du côlon, une polypose, des adhérences et des malformations diverses du côlon gauche, qui passent souvent inaperçus avec un simple examen du transit.

Une statistique de nos malades nous a révélé :

49 % avec troubles fonctionnels seuls et 51 % avec lésions organiques sous-jacentes.

Constipation chronique fonctionnelle	30 %
Diarrhée et typhlocolite avec fermentation	19 %
Dolichocôlon	36 %
Cancer du côlon	1
Diverticulose	3
Sprue	4
Recto-colite ulcéreuse grave	3
Divers (appendicite chronique, adhérences)	4

Voici une observation de diarrhée, prise parmi tant d'autres :

Femme ayant vécu en Extrême-Orient de nombreuses années, atteinte de crises de diarrhée à rechutes, sans causes parasitaires reconnues. Chaque fois que se produit une crise de diarrhée, cette malade est atteinte d'une poussée infectieuse dans la bouche, inflammation douloureuse des gencives, pyorrhée plus abondante, langue sale, inflammation de la muqueuse palatine, salivation augmentée, haleine fétide. Or l'hémoculture gingivale révèle de l'entérocoque pur et la culture du produit de raclage de la base de la langue donne du colibacille associé à l'entérocoque. C'est la signature manifeste de l'infection buccale par les troubles intestinaux.

b) *Les lésions de la cavité bucco-pharyngée.*

— La *langue* est bien le miroir de l'estomac, mais surtout de l'intestin. La muqueuse linguale paraît se comporter à l'égard des infections et des intoxications d'origine intestinale à la manière d'une dermite : hypertrophie épithéliale des papilles filiformes, desquamation, enduit saburral plus ou moins épais, parfois véritable glossite avec gonflement et œdème des bords de la langue qui garde l'empreinte des dents.

— L'*odeur plus ou moins fécaloïde* de l'haleine est souvent manifeste.

— Du côté des *gencives*, on notera leur atrophie et le déchaussement dentaire, la mobilité anormale des dents, leur allongement apparent, les gencives sont gonflées surtout au niveau des languettes interdentaires ; elles sont douloureuses parfois, saignant facilement surtout au moment des poussées de constipation ou de diarrhée.

Ces troubles peuvent s'accompagner chez certains malades de suppuration fétide, avec formation de clapiers purulents et même d'ostéite. Les dents anormalement mobiles peuvent finir par tomber, même absolument saines. Les malades qui ont perdu ainsi des dents à la suite d'une poussée de colite, ne sont pas rares. De même ceux qui font des poussées d'abcès gingivaux.

Une de nos malades atteinte d'un énorme dolichocôlon sigmoïde faisait un ou deux abcès gingivaux à colibacilles, à l'occasion de chaque poussée de constipation opiniâtre qu'elle traitait par un purgatif. Son état s'est nettement amélioré à la suite du traitement intestinal et des auto-vaccins institués avec persévérance.

Nous renvoyons pour plus amples détails aux nombreux traités de stomatologie qui décrivent toutes ces lésions sèches ou suppurantes des gencives. Il n'est pas rare de voir ces malades se plaindre en même temps de *poussées congestives pharyngées*, ou *nasales* ou même *laryngées*. Un de mes malades, acteur très connu, porteur d'un dolichosigmoïde avec constipation intense, faisait ainsi des poussées congestives laryngées avec aphonie, à l'occasion de débâcles provoquées par des laxatifs.

Une autre de nos malades atteinte également de troubles intestinaux dus à un dolichosigmoïde, faisait des poussées de gingivite et de RHINITE PURULENTE qui avait résisté aux soins des meilleurs spécialistes. Or il y avait du colibacille dans ses urines, dans ses gencives, et dans ses sécrétions nasales. Un auto-vaccin joint au traitement de son côlon, l'a guérie rapidement.

Ces faits montrent que toutes les muqueuses réagissent d'une façon semblable simultanément ou alternativement.

II. RECHERCHES DE LABORATOIRE.

L'examen radiologique des intestins (par la méthode du transit aussi bien que par lavement opaque) montrera qu'il s'agit de troubles fonctionnels ou organiques. Et c'est là le point crucial pour soigner ces malades.

Mais les examens de laboratoire sont non moins importants pour préciser les toxines et les germes provenant de l'intestin : examen complet des selles, cyto-bactériologie de l'urine, culture de la bile recueillie par tube d'Einhorn, hémoculture gingivale selon la méthode de Vincent et Pretet, culture des sécrétions du collet des dents ou du produit de raclage de la base de la langue, culture des sécrétions pharyngées ou nasales, toutes ces recherches aideront à mettre en évidence un ou plusieurs germes associés : colibacille, entérocoque, streptocoque, staphylocoque, sont parmi les plus fréquemment découverts. Nous renvoyons à notre travail des *Arc. des Mal. de l'App. Dig.* de juin 1939 pour plus amples détails.

Mais les lésions bucco-gingivales peuvent être aussi d'origine *simplement toxique* (l'origine intestinale restant la même toutefois).

Avec Grigaut, nous avons cherché si la bouche contenait des phénols, de l'indoxyle, du scatol comme l'urine. Nos recherches sont restées négatives peut-être du fait de la dilution trop grande de ces substances dans la salive. Dans quelques cas le chiffre des acides aminés dans la salive s'est montré élevé (jusqu'à 33).

Pour Wikblad, certains produits organiques toxiques (acides aminés surtout) peuvent se fixer sur l'endothélium des capillaires des zones paradentaires. De là à penser que les paradentopathies peuvent être considérées comme l'expression de certaines intoxications alimentaires ou intestinales, il n'y a qu'un pas, facile à franchir !

De plus, Schwartz a montré que les capillaires des tissus du paradentium sont hypersensibles vis-à-vis des aminés protéiniques (éthylamine, thyramine, phényl-éthylamine) d'origine intestinale.

III. INTERPRÉTATION DE CES FAITS.

Ainsi il est constant de découvrir des lésions plus ou moins étendues au niveau de la langue, des gencives, du paradentium, de la muqueuse du pharynx, du larynx ou du nez chez les malades atteints de troubles intestinaux anciens. soit d'origine fonctionnelle, soit d'origine organique. Comment ne pas être frappé par la coexistence de ces faits et en somme par la réciproeité d'action pathologique de la cavité bucco-dentaire sur l'intestin et de l'intestin sur la cavité bucco-dentaire ?

Qu'on ne me fasse surtout pas dire que toutes les gingivites, que toutes les pyorrhées sont d'origine intestinale ; il faudrait faire des examens complets de tous les malades atteints de pyorrhée pour préciser ces faits et cela ne peut être réalisé que par le travail en symbiose des gastro-entérologues et des stomatologistes.

Les constatations que j'ai exposées sont-elles une pure coïncidence ? La présence du colibacille, de l'entérocoque, etc., dans les gencives, dans les urines, dans la bile, dans les sécrétions nasales ou pharyngées et simultanément ou alternativement comme nous l'avons vu chez des malades à l'occasion de crises intestinales, permet de penser qu'il s'agit d'autre chose que d'une coïncidence. En somme on se trouve en présence d'un chapitre important qui prend sa place dans la maladie exentérale de Heitz-Boyer.

Faut-il penser en outre que le terrain joue ici un rôle important pour localiser les lésions sur une muqueuse ou un viscère plus que sur un autre ? Mais ce n'est pas douteux.

Parturier et Pont insistent sur les troubles hépato-biliaires qui amèneraient un état de congestion constante de la muqueuse gingivale avec hémorragies faciles. On peut concevoir des phénomènes d'allergie locale ou générale, de sensibilisation, d'anaphylaxie, de choc et dont la localisation se ferait au niveau de la peau, ou des muqueuses ou des organes divers selon les individus et même selon les étapes de la vie.

Voici une observation résumée qui éclaire singulièrement ces faits :

Une femme porteuse d'un dolichosigmoïde avec troubles intestinaux datant de l'enfance, a eu sa vie traversée par des poussées, alternées ou simultanées, de pyélonéphrites à coli ou à entérocoques, des poussées de polyarthrites, des poussées de bronchite ou de congestion pulmonaire (crachats riches en entérocoques).

Cette malade atteinte en même temps d'infection bucco-gingivale a perdu toutes ses dents peu à peu (bien que saines) malgré les soins répétées de plusieurs stomatologistes.

Fait remarquable, cette malade a constaté des rechutes de gingivite douloureuse coïncidant avec des écarts de régime ou des troubles intestinaux *et ceci malgré l'absence de toutes ses dents.* Les gencives deviennent indolores et ne saignent plus quand l'intestin redevient normal.

De tels faits doivent inciter à la réflexion, même les plus incrédules.

IV. LE TRAITEMENT.

Il est évident que le traitement doit faire porter simultanément ses efforts sur l'*état local bucco-gingival* (et c'est le rôle du stomatologiste prudent).

Sur l'*état intestinal* qui variera selon que la constipation ou la diarrhée prédomine.

Et enfin sur l'*état général* (troubles endocrines, troubles vago-sympathiques, troubles hépato-biliaires, etc.).

C'est par l'effort conjugué et persévérant de tous que l'on arrivera à un résultat intéressant pour les malades.

Le traitement variera selon qu'on se trouve en présence de formes toxiques pures.

Ou en présence de formes infectieuses.

L'emploi des antihistaminiques de synthèse ou l'emploi des auto-vaccins seront mis en œuvre selon les cas. Mais toujours et sur tous les malades, on mettra tout en œuvre pour redresser les troubles intestinaux de manière à tarir le foyer toxi-infectieux intestinal ou colitique qui est bien souvent le point de départ des lésions bucco-gingivales.

ACTUALITÉS

A propos « du procès des médecins » à Nuremberg

Le 27 octobre la Fédération des Médecins de réserve avait invité ses membres à venir entendre le Dr Ravina, retour de Nuremberg, où il avait vu le deuxième grand procès, dit Procès des Médecins, dont la presse française, même d'information, a beaucoup trop peu parlé (1).

Des débats d'une pareille étendue ne se résument guère ; le travail de grande étendue du médecin général Sillevaerts, de l'armée belge, publié par notre confrère *Bruxelles-Médical*, est un domumentaire sinistre, fidèle et complet.

Nous ne saurions non plus résumer la conférence de M. Ravina; un très intéressant article de la *Presse Médicale* lui avait déjà permis d'en faire connaître la substance ; ce qu'il a fort judicieusement pensé et très objectivement exprimé, la conférence l'a pourtant complété. A n'en pas douter, le très nombreux auditoire, qui dans son ensemble avait déjà lu la *Presse Médicale*, a été du même avis ; attention sans défaillance et approbations l'ont assez montré. La parole apporte plus de vie aux faits, si mesurée soit-elle et même lorsqu'il n'y a qu'une simple allusion à des cauchemars ; très heureusement aussi en sympathie évidente avec ses auditeurs, l'orateur leur a fait confidence de souvenirs et d'impressions qui donnaient à son récit plus de vie encore.

Même lorsqu'on a eu l'honneur et le bonheur d'être de notre côté de la barricade, il est incontestable qu'on ressent une honte professionnelle : 20 médecins sur 23 accusés de ces sauvageries ! S. S. ou non, peu nous importe. Si l'on peut finir par se résigner à penser que les médecins de la Luftwaffe aient mérité un acquittement ou plutôt aient eu la chance d'échapper au châtiment, il n'en reste pas moins que dans ce joli monde de condamnés les médecins tiennent une place d'importance. Parmi eux certains avaient une notoriété professionnelle nationale et parfois internationale. Qu'un Eppinger ait esquivé les poursuites et la punition est un aveu tardif pour tenir lieu de contrition ; un sursaut d'honneur venu au bon moment aurait mieux valu pour la profession et pour Eppinger.

Qu'un Hirth, échappé aux poursuites, se soit ravalé à se monter une collection « raciale » de squelettes et aux autres ignominies que la libération de Strasbourg a fait découvrir, ne fait pas oublier sa place parmi les savants allemands d'avant-guerre.

Tout cela prouve surtout l'abaissement des caractères et des consciences que l'ambition et la peur aidant l'esprit totalitaire a pu engendrer.

Le pis est qu'une telle perversion n'est pas arrêtée mais se propage « en chaîne » comme disent nos physiciens nucléaires. Il est immédiatement alarmant d'avoir pu entendre ce que signalait M. Ravina : séquelle de totalitarisme, nationalisme perverti, étatisme délirant sont d'accord pour préparer la fabrication systématique de « médecins d'offensive » et tâcher de faire tourner à rebours la machine pacifique encore trop imparfaite, que la Croix-Rouge, les Conférences et Conventions de La Haye et autres lieux avaient eu tant de peine à monter. Dans un prochain avenir une conférence internationale doit préciser pour le temps de guerre les obligations des médecins, qui seront de fait tous militarisés comme le reste de la plèbe civile. Et leur tâche et leurs devoirs seront « totalement » simplifiés. Finies la neutralité médicale et la bienfaisance étendue à ceux qui souffrent ! Les médecins, devenus des combattants comme les autres, seraient dépouillés de leur neutralité humanitaire déjà si théorique. Au gré de tendances politiques passagères ils auraient à obéir, sans commentaires comme tout militaire discipliné, à leurs gouvernements, soigner ou ne pas soigner des blessés, collaborer à des recherches ou à des emplois de techniques offensives biologiques, chimiques, toxiques ou toutes autres que les progrès en sauvagerie feront paraître indispensables, sinon forcément efficaces à un commandement déchaîné. Les médecins n'ont pas attendu d'ordre gouvernemental pour risquer ou sacrifier leur vie quand le devoir l'ordonne. Ils n'en sont que plus profondément révoltés et fondés à l'être devant un tel produit d'un étatisme insensé. Dans de telles conditions nous ne voyons personnellement plus pourquoi on a pendu un Brandt, apôtre de l'obéissance médicale passive ou condamné à une peine trop miséricordieuse tel ou tel autres de ses suppôts. Saluons plutôt en Brandt un précurseur et un martyr et préparons-lui un monument expiatoire.

Il y a vraiment une civilisation à refaire et un bon sens et une conscience à restaurer. Souhaitons que les suggestions de M. Charles Richet et de M. Fèvre chassent ces miasmes d'abattoir et qu'un serment hippocratique international et complété soit au contraire établi et surtout observé. Il y va d'une civilisation et même de l'existence du genre humain. La conférence de M. Ravina, n'aurait-elle que mouillé la mèche d'une telle bombe, aurait rendu un inestimable service à la médecine et à l'humanité. On pourra toujours fabriquer des bourreaux spécialisés avec des scientifiques dévoyés sans chercher des prêtres de Moloch parmi les médecins.

A quoi bon aussi avoir entouré ce procès d'un si imposant appareil de garanties juridiques et de formalités ? Et avoir avec tant de soin recherché l'impartialité ? Pourquoi un long exposé sur les expérimentations *in homine*, licites et illicites ! Pour des médecins français, la doctrine prêchée avait une forte odeur de latitudinarisme. N'est-ce pas au fond, de façon indirecte et... honteuse une reculade quant aux droits sacrés de la personne humaine dont les chers Allemands nous ont si bien montré ce qu'ils en faisaient. Chrysale qui est né chez nous et qui y a souffert, tous ceux de tous pays qui ont souffert et sont morts, « euthanasiquement » ou non, dans les camps d'enfer, sont plus que jamais convaincus qu'un fauve déchaîné doit être abattu, et sans délai.

Le Français moyen, et le médecin moyen pensent aussi, autrement que la jurisprudence de certains pays : le gangster qui n'opère pas lui-même mais fait tuer, est aussi coupable que le tueur et mérite la même peine ; la lâcheté n'excuse rien. *Summum jus*... demeure vrai sous tous les climats.

Ne peut-on aussi considérer comme un haut-le-cœur de la conscience morale ce trait dont M. Ravina fut témoin oculaire : à la lecture de certains passages du jugement retraçant dans leur détail certains hauts faits des justiciables, les auditeurs, même allemands, abasourdis ou écœurés quittaient l'écoute ! N'est-ce pas là un témoignage de remords collectif et de honte ou une protestation avant l'heure du verdict contre la clémence que le tribunal allait montrer envers certains des accusés.

Il ne serait pas non plus sans intérêt de rapprocher la prédilection que les Allemands ont marquée pour certaines races slaves ou juive, pour en faire des prioritaires de l'euthanasie. Certaines confidences rapportées par M. Ravina sur la génocidie, nom pédantesque de l'assassinat en masse, sont à rapprocher de celles qu'après lui rapportait le médecin général Hambourger : les Allemands haïssent leurs voisins, et jusqu'à les supprimer, parce qu'ils sont leurs voisins. « Cet homme est mon voisin, disait un personnage d'Anatole France, c'est donc celui que je hais le plus au monde. »

Qu'après cela M. Ravina ait trouvé Nuremberg à l'état de destruction qu'il nous a décrit, tous les civilisés et tous les gens de cœur le regretteront pour l'Art et de toute leur âme sincère. Quant aux Nurembergeois et à leurs compatriotes, on demande un supplément d'information pour leur réserver sans restriction ni arrière-pensée les faveurs de l'oubli et de la pitié. En tout cas l'honneur des médecins de tous pays et la noblesse de leur sacerdoce nous sont plus précieux.

R. Levent.

(1) Cf. *Gaz. Hôp.* 1947, p. 51.

CONGRÈS .

La Journée thérapeutique de Paris

(15 octobre 1947) (1)

1° LES ŒSTROGENES ARTIFICIELS

Rapports

L'histoire du Diéthylstilbœstrol. — M. Dodds (Londres). — Le fait de n'avoir pas isolé et cristallisé moins de cinq substances œstrogènes différentes, mais contenant toutes le squelette fondamental du phénantracène, à partir de l'urine d'animaux en gestation, a incité les chimistes à en rechercher d'autres.

Les beaux travaux de Dodds et Robinson aboutirent à la synthèse du 4 : 4' dishydroxy — $\alpha\,\beta$ — diéthylstilbène dont l'activité est de trois à quatre fois supérieure à celle de l'œstrone et qui est bien connu sous le nom de stilbœstrol. D'autres composés voisins, l'hexœstrol, le diénœstrol, furent isolés.

Cependant d'autres auteurs obtenaient la synthèse de l'octofolline (Blanchard) du triphényl-chloro-éthylène (Schönberg et Robinson) qui permit à Lacassagne de préparer un œstrogène radioactif de l'acide bisdéhydro-doisynolique (Miescher), enfin de l'acide allénolique (Horeau et Jacques).

Ces produits n'ont pas été soumis à une expérimentation clinique aussi étendue que le stilbœstrol qui reste le produit le plus actif. L'activité clinique n'est du reste pas absolument superposable à l'activité expérimentale.

L'acide diméthyl-éthyl-allénolique. — M. R. Courrier (Paris). — Après avoir rappelé l'évolution de l'endocrinologie sexuelle, l'auteur passe en revue les œstrogènes artificiels les plus actifs obtenus au laboratoire depuis les premiers travaux de Dodds. Il décrit le dernier-né de la série, réalisé dans son laboratoire par Horeau et Jacques. Il s'agit d'une folliculine dont les deux derniers cycles sont ouverts ; elle présente les propriétés de la folliculine naturelle, avec l'avantage d'être très active par voie digestive et de se préparer aisément. Les essais thérapeutiques sont en cours.

Cancer de la prostate et œstrogènes de synthèse. — M. Roger Couvelaire (Paris). — Après trois ans d'expérience en France, on peut conclure du traitement du cancer de la prostate par le diéthylstilbœstrol qu'il a un effet favorable plus fréquent qu'un effet nul, que cet effet favorable n'est pas synonyme de guérison, mais qu'il modifie heureusement les conditions de survie et les possibilités d'application d'autres moyens thérapeutiques.

L'action sur les troubles de la miction est généralement excellente et parfois immédiate ; cependant 80 % des malades ne recouvrent pas une miction parfaitement normale.

L'action sur l'état général est la plus remarquable : 80 % de succès pouvant donner l'illusion de la guérison ; mais elle est moins nette sur la tumeur (10 % des cas seulement). Elle est remarquable sur les métastases osseuses et sur l'envahissement cellulo-lympho-ganglionnaire : sédation des douleurs et fonte des œdèmes dans 60 à 75 % de ces formes graves.

Cette activité hormonale, inégale suivant les symptômes, est toujours passagère.

Dans 5 à 10 % des cas, le cancer est indifférent à l'égard des œstrogènes ; ceci peut tenir au type histologique du cancer, peut-être aussi à l'état de la phosphatase sanguine acide, les cas où celle-ci est élevée réagissant le mieux au traitement ; la sensibilité s'accroît également quand le cancer déborde la glande.

L'auteur analyse ensuite les indications des associations thérapeutiques, les critères cliniques, biologiques et histologiques de l'action thérapeutique.

Les doses journalières de traitement d'attaque sont actuellement de l'ordre de 30 à 50 mgr., les doses d'entretien de 30 mgr. La durée du traitement est illimitée.

L'action du diétylstilbœstrol sur le sang. — MM. R. Turpin et P. Chassagne (Paris). — Expérimentalement on a observé un certain degré d'anémie variable suivant les espèces animales, mais avec des doses de stilbœstrol très supérieures à celles de la thérapeutique humaine. Chez le chien, on a également noté, après une leucocytose neutrophile, une granulocytopénie, puis de la lymphocytose. Ce fait est à rapprocher d'un cas de leucémie myéloïde observé par MM. Loeper, Le Sourd et Sterboul où après une augmentation passagère de la leucocytose, on a noté un abaissement du nombre des globules blancs sans augmentation des protides du sang, avec amélioration de l'état général et diminution du volume de la rate. Le stilbœstrol aurait exercé son action, malheureusement éphémère, en freinant la leucocytose myéloïde et en stimulant la maturation des leucocytes granuleux.

Si le stilbœstrol a pu provoquer chez le chien une thrombocytopénie avec accidents hémorragiques, il n'est rien de semblable chez l'homme. MM. Turpin, Bourlière et Sassier ont observé chez les hémophiles l'action favorable sur la coagulation des extraits ovariens totaux et du stilbœstrol, tandis que le propionate de testostérone allonge le temps de coagulation. Ils préconisent chez les hémophiles en cas d'hémorragie des doses de 5 à 10 mgr. par jour, pendant dix jours. A titre préventif on peut donner 3 mgr., trois fois par semaine ou une semaine sur deux.

Les auteurs ont traité avec de bons résultats un cas d'hémogénie et des ménorragies pubertaires.

Le stilbœstrol ralentit la vitesse de sédimentation, diminue l'index d'haptoglobine (Guy Laroche), il augmente expérimentalement la glycémie et accroît le glycogène hépatique. Il élève la lipémie et les phospho-lipides plasmatiques et hépatiques. Il semble élever la calcémie et la phosphorémie.

Les réactions au stilbœstrol variant suivant les doses, la durée du traitement, et aussi suivant le sexe et l'espèce de l'organisme éprouvé, on ne peut encore tirer de ces faits de conclusions formelles.

Les Œstrogènes et les maladies viscérales. — M. Rietti (Ferrare). — Dans les maladies viscérales, les œstrogènes ont parfois une action hormonale, mais ils agissent le plus souvent par des propriétés non spécifiques. Dans les maladies du cœur, ils agissent non seulement sur la vascularisation du myocarde, mais aussi sur son métabolisme. Dans l'asthme bronchique, ils donnent parfois des résultats favorables. Dans les maladies de l'appareil digestif, le traitement par les œstrogènes peut être avantageux. Dans les syndromes diabétiques en prévalence extrapancréatique et surtout dans les syndromes d'hyperfonctionnement hypophysaire, les œstrogènes peuvent améliorer le métabolisme des glucides.

Effets physiopathologiques des œstrogènes artificiels et conséquences de leur emploi en hormonothérapie des cancers. — M. A. Lacassagne (Paris). — Après un bref historique de la découverte des œstrogènes artificiels, l'auteur rappelle que l'action cancérigène des œstrogènes est en rapport avec le degré de leur activité physiologique, aussi a-t-elle été rapidement reconnue pour des substances très actives comme le diéthylstilbœstrol et le triphényléthylène. On a prévu depuis longtemps la possibilité d'une hormonothérapie antagoniste, de même que l'éventualité de provoquer des cancers mammaires par des traitements prolongés d'œstrogènes. On peut se demander si les rares observations confirmatives publiées ne se multiplieraient pas si cette thérapeutique permettait des survies durables.

Communications

Action antithyroïdienne des œstrogènes de synthèse. — M. J. Lederer (Louvain). — L'auteur qui a traité de nombreux cas de maladie de Basedow (consécutifs à la castration ou à la ménopause) par la folliculine à hautes doses, rapporte des succès thérapeutiques dans trois cas de Basedow de la ménopause par l'ingestion de diéthylstilbœstrol et dans un cas de Basedow de la castration par l'implantation de comprimés de dipropionate de diéthylstilbœstrol.

M. Marcel Perrault souligne l'intérêt des faits observés par le professeur Lederer ; il indique qu'à son avis, il ne s'agit pas toutefois d'une action vraiment antithyroïdienne, mais plutôt antithyroxinique. Par ailleurs, il pense que la thérapeutique proposée ne peut s'appliquer qu'à des cas très particuliers.

L'action antipolyurique des œstrogènes dans le diabète insipide et considérations sur l'administration intraveineuse de préparations hydrosolubles de stilbœstrol. — MM. P. Larizza et S. Ventura (Pavie). — Dans un cas de diabète insipide l'ad-

(1) Voir la séance d'ouverture. *Gaz. Hôp.* 1947, n° 45, p. 661.

ministration de fortes doses d'hexœstrol par voie intramusculaire et de doses encore plus élevées par voie veineuse d'un dérivé hydrosoluble du stilbœstrol (Idrœstril) a diminué considérablement la diurèse et l'excrétion du chlorure de sodium, et augmenté la densité des urines. Discussion du mécanisme physiopathologique de cette action.

L'influence de l'administration intraveineuse de composés estérifiés hydrosolubles du stilbœstrol sur la courbe d'hyperglycémie provoquée chez le sujet normal. — MM. P. Larizza et S. Ventura (Pavie). — Les auteurs ont obtenu avec ces produits une diminution de l'hyperglycémie alimentaire dont rend bien compte l'abaissement de la courbe d'hyperglycémie provoquée. Ils attribuent cette action aux propriétés pharmacodynamiques de ces substances.

Traitement des arthroses par les œstrogènes synthétiques. — MM. F. Coste et M. Hochfeld (Paris). — Travail portant sur 205 cas d'arthrose. Les œstrogènes synthétiques ont donné 60 % d'amélioration notable mais passagère, nécessitant des imprégnations thérapeutiques répétées. Les polyarthroses, polyspondylarthroses comptent parmi les meilleures indications. Les polyalgies climatériques simples sont remarquablement influencées. Ces résultats ne concernent que des traitements par voie buccale ou parentérale générale. L'effet des injections au contact des lésions et des implantations est à l'étude.

Action des œstrogènes de synthèse et d'autres hormones ovariennes sur les polyarthrites chroniques évolutives. — M. Coste, Mme Lacronique, MM. Laurent et Sors (Paris). — Les résultats paraissent beaucoup moins satisfaisants que dans les arthroses. Les auteurs se montrent également réservés quant à l'opportunité de pratiquer des implantations d'œstrogènes dans ces cas. Malgré des succès isolés indéniables, le stilbœstrol ne semble représenter qu'une indication mineure dans le traitement de la spondylose ankylosante.

Œstrogènes et ostéogénèse. — M. Jean-Louis Camus (Paris). — Selon la conception de Fuller Albright sur le rôle des œstrogènes dans l'ostéogénèse endostéale, les œstrogènes stimulent l'activité des ostéoblastes et permettent la fixation du calcium sur la trame protéique, assurant ainsi chez la femme la mise en réserve du calcium nécessaire à une gestation ou à un allaitement éventuels. Après la ménopause, la disparition des œstrogènes entraîne presque constamment une légère ostéoporose vertébrale et pelvienne qui relève alors de l'opothérapie.

Efficacité comparée de diverses substances œstrogènes naturelles et artificielles. — M. J. Ferrin (Louvain). — Déterminant pour chaque œstrogène la dose-seuil endométriale, c'est-à-dire la plus petite dose qui, administrée quotidiennement durant 14 jours, produit une croissance endométriale indiscutable et une hémorragie, l'auteur donne ce classement par ordre d'activité décroissante : éthinyl-œstradiol, diéthylstilbœstrol, diénœstrol, œstrone, α-œstradiol et hexœstrol, acide méthyl bis-déhydrodoisinolique racémique. L'α-œstradiol et l'hexœstrol sont plus actifs par voie per-linguale.

Durée d'action comparée d'esters de diverses substances œstrogènes naturelles et artificielles. — M. J. Ferrin (Louvain). — Déterminant le temps de latence, c'est-à-dire le temps qui s'écoule entre la fin d'un traitement œstrogène et le début de l'hémorragie après administration de 20 mgr. de diverses substances, l'auteur a observé des durées d'action prolongées pour le dipropionate d'œstradiol et surtout pour le normo-dibutyrate de diéthylstilbœstrol en solution huileuse et pour le 3 mono benzoate d'œstradiol et le difluorate de diéthylstilbœstrol en suspension microcristalline.

Transformations chimiques et expérimentales du diénœstrol. — M. R. Denis (Louvain). — L'activité thérapeutique des spécialités pharmaceutiques à base de diénœstrol subit parfois une diminution très considérable par rapport au produit pur cristallisé. Ce dernier présente parfois le même phénomène mais toujours à un degré moindre. L'auteur a cherché à vérifier cette instabilité d'une part en tentant de reproduire les transformations supposées dans des conditions expérimentales très précises et d'autre part en isolant et en identifiant les produits de ces transformations.

Etude de l'influence sur la courbe thermique des œstrogènes de synthèse. Résultats comparés avec l'action des hormones génitales naturelles. — MM. Albeaux - Fernet, Housset et Boulet-Gercourt (Paris). — D'une étude portant sur 60 courbes thermiques, les auteurs concluent à l'influence hypothermisante nette du benzoate d'œstradiol et de l'acide méthyl-bis-déhydrodoisinolique, moins marquée du diéthylstilbœstrol et de l'hexadiène dans les deux sexes ; à l'influence hyperthermisante nette de la progestérone dans les deux sexes. L'administration de benzoate d'œstradiol et d'acide méthyl-bis-déhydrodoisinolique avant l'injection de progestérone augmente l'action hyperthermisante de celle-ci chez la femme et non chez l'homme.

Deux cas de leucémie traités par les œstrogènes de synthèse. — MM. A. Lemaire, J. Loeper, Housset et Koupernick (Paris). — Un cas de leucémie lymphoïde a reçu 460 mgr. de diéthylstilbœstrol *per os* en un mois. Durant cette période on a observé une action hématologique transitoire avec élévation du taux des polynucléaires, diminution de lymphocytes, sans modification des signes cliniques.

Une autre malade atteinte de leucose aiguë leucoblastique a été traitée par l'hexadiène (115 mgr. en 15 jours). On a constaté les mêmes effets : amélioration de la formule sanguine avec augmentation des myéloblastes et des polynucléaires, grosse diminution des leucoblastes, sans modification des signes de leucémie, mais avec une nette amélioration de l'état général.

M. Loeper revenant sur le traitement de la leucémie myéloïde par D.E.S. signale qu'il a obtenu chez 5 malades traités : tantôt une amélioration spectaculaire clinique et hématologique. C'est le cas de la première observation qu'il a publiée, mais, après une première rechute qui cède au même traitement, survint après un an une évolution fatale dans un tableau de leucose subaiguë, tantôt une amélioration clinique avec simple amélioration de la formule leucocytaire, tantôt une amélioration de l'état général sans modification hématologique. Deux cas de leucémie lymphoïde ont été traités sans succès. Un cas de leucose subaiguë traitée par D.E.S. a subi un tel abaissement du taux des globules blancs que le traitement a dû être interrompu. Il a pu donner jusqu'à 1.050 mgr. de D.E.S. en trois périodes de deux semaines sans observer d'intolérance ni d'élévation de l'azotémie, mais il insiste sur la nécessité de surveiller le rein.

Le D.E.S. semble avoir une action retardante manifeste sur la leucémie myéloïde, il est particulièrement indiqué lorsque la radiothérapie est impossible ou inefficace.

Etude de l'action prolongée du diéthylstilbœstrol sur le foie, le rein et la surrénale du rat. — M. Jacques Loeper (Paris) et I. Gebara (Beyrouth). — Le D.E.S., à la dose de 0,8 mgr. par semaine, provoque des altérations hépatiques et rénales légères et inconstantes, une hypertrophie constante de la cortico-surrénale portant surtout sur la zone fasciculée, avec altérations cellulaires, hémorragies et généralement hypospongiocytose.

Etude de l'action prolongée du diéthylstilbœstrol sur l'hypophyse du rat. — M. Jacques Loeper (Paris). — L'antéhypophyse présente une hypertrophie constante, précoce, avec dégranulation des cellules chromophiles, développement des cellules chromophobes pouvant réaliser des productions adénomateuses en cas de traitement prolongé. Ce corps paraît inhiber la sécrétion des hormones somatotropes et gonadotropes sans entraver celle de la cortico-stimuline. L'action du D.E.S. sur le cancer prostatique paraît s'expliquer par les altérations antéhypophysaires qu'il provoque.

A propos d'un cas de Myélome traité par diéthylstilbœstrol. — MM. R. Dupuy et J. Roujeau (Paris). — Un traitement oral par le D.E.S. (500 mgr. en tout) transforme le malade cliniquement et radiologiquement, seule persiste la plasmocytose médullaire.

M. Rivoire (Nice) rapporte à ce propos, avec M. Mallarmé, le cas d'un sujet atteint de maladie de Kahler qui fut amélioré de façon spectaculaire par des injections de stilbamide selon la méthode de Snapper. Il suggère que l'action thérapeutique est peut-être en rapport avec le radical stilbène présent dans les deux médicaments alors que l'activité œstrogène manque à l'un d'eux.

M. Loeper a observé également un cas de myélome remarquablement amélioré, mais de façon transitoire, par le diéthylstilbœstrol.

2° LE MAGNESIUM

Rapports

Le Mg. « élément physiologique ». — M. Javillier (Paris). — Envisageant le problème au point de vue de la biochimie générale, l'auteur rapelle :

1° La structure de l'élément Mg. constituant de tous les êtres vivants, mais toujours en proportion très petite.

2° La nécessité de cet élément pour l'édification des organismes et la réalisation des réactions biochimiques essentielles.

3° Son rôle comme activant plus ou moins spécifique des enzymes et dans la synthèse et la dégradation des composés phospho-organiques.

4° L'auteur pense que l'apport quotidien de 250 mgr. de Mg. devrait couvrir les besoins physiologiques.

Les antagonistes de Mg. sur le muscle strié. — M. Bacq (Liége). — Les ions antagonistes du Mg. ont une action excitante et sont par ordre décroissant : K. Rb. Cs. NH^4-Na. Le Ca++ et le Sr++ sont synergiques du Mg. et inhibent l'action de l'ion K.

Il faut 1 ion Ca, 3 ions Mg. ou Sr. pour neutraliser l'effet d'un ion K. Encore faut-il que ces ions bivalents soient mis au contact du muscle une minute avant l'excès d'ions K.

Les effets des sels de magnésium sur le système nerveux. — M. La Barre (Bruxelles). — A faible concentration le Mg. peut entraîner une dépression du système nerveux central. Son action hynotique semble due à sa fixation élective sur les noyaux de la base du cerveau.

A doses plus élevées, il exerce un effet cicatrisant sur la préparation neuro-musculaire de la stimulation faradique du système nerveux périphérique. Il paralyse les centres glyco-sensibles et adrénalino-sécréteurs thalamiques.

L'auteur insiste sur l'intérêt thérapeutique des associations : barbituriques-sels de Mg.

Diélectrolyse transcérébrale du Mg. dans les maladies nerveuses. — M. Bourguignon (Paris). — Chez les sujets normaux elle produit, comme celle du Ca. une vasodilatation périphérique (augmentation de l'indice oscillométrique) et centrale (décélée par l'étude de la circulation rétinienne). De plus le Mg. augmente la pression artérielle. En thérapeutique cette méthode donne des résultats remarquables dans les états de dépression nerveuse, de neurasthénie, de psychasthénie. Par contre le Mg. ne donne aucun résultat sur les hémiplégies, les névralgies, le parkinson.

Dosage du Mg. dans les milieux biologiques. — M. A. La Fontaine (Louvain). — L'auteur fait une étude critique minutieuse des différentes techniques de dosage. A l'exception des macrodosages pondéraux, il n'existe aucune méthode de dosage suffisamment maniable et précise pour un emploi courant en biologie ou en clinique. Les microdosages, semimicrodosages, techniques colorimétriques et techniques nouvelles au jaune de titane sont successivement décrites et étudiées.

Le Mg. dans les affections des voies biliaires. — MM. Pavel et A.-P. Podeano (Bucarest). — Les sels de Mg. ont une action cholécystokinétique et cholérétique de mécanisme mal connu. Ils ont aussi une action dissolvante et stabilisante sur les substances contenues dans la bile telles que mucus, pigments, cholestérine. L'ion Mg. est capable de freiner la mobilisation du glycogène hépatique provoquée par l'adrénaline.

Les eaux minérales magnésiennes. — M. Ch. Debray. — Le Mg. existe dans la plupart des eaux, mais en concentration très variable. Les eaux chlorurées magnésiennes sont les plus intéressantes (Châtelguyon). Elles agissent sur la motricité des fibres lisses, laxatives à petites doses, elles sont régulatrices de l'intestin à doses moyennes ; elles activent les sécrétions digestives et en particulier la sécrétion biliaire ; elles ont une action anti-putride très nette et une action anti-toxique contre divers poisons (contre le venin de vipère en particulier (G. Billard).

Dans ces eaux le rôle du Mg. quoique essentiel ne peut tout expliquer. De nombreux points mériteraient d'être élucidés sur des eaux prélevées fraîchement au griffon.

Communications

Traitement cytophylactique de quelques maladies infectieuses de l'homme et du bétail. — M. Neveu (Breuil-Magné, Charente-Maritime) rapporte des résultats encourageants que lui donne la thérapeutique par le chlorure de Mg. dans certaines maladies infectieuses, en particulier la diphtérie.

Des résultats intéressants seraient aussi obtenus dans certaines maladies du bétail.

Le « paradoxe » du chlorure de Mg. — MM. Loeper (Paris et I. Gebara (Beyrouth). — Hypotonique de la fibre musculaire lisse sur une anse intestinale isolée et perfusée, le chlorure de Mg. est au contraire souvent hypertonique en thérapeutique humaine. Les auteurs étudient ce paradoxe. Ils pensent que l'état antérieur du système nerveux autonome peut expliquer ces différences de réceptivité.

La cure de Châtelguyon peut amener des spasmes ou des apaisements. Elle est équilibrante ou mieux orthostatique.

Le magnésium et la fibre lisse. — M. Glenard (Vichy). — Les sels de Mg. ont, sur la musculature lisse ou striée, une action dépressive qui s'apparente à celle du curare.

Il y a interruption de la conductibilité neuromusculaire par hétérochronisme, du fait de l'augmentation sensible de la chronaxie musculaire par rapport à la chronaxie nerveuse proprement dite.

Cette dépression musculaire jouerait un rôle important dans les propriétés apparemment anesthésiques des sels de magnésium.

Th. Boreau et M. Le Sourd.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1947

Nomination d'un membre émérite. — Sur sa demande, l'Académie décide de conférer à M. DELBET, la qualité de membre émérite.

Rapport au nom de la Commission du Rationnement au sujet de l'alimentation en lait. — MM. LESNÉ et RIBADEAU-DUMAS. Discussion : M. ARMAND-DELILLE. — Adoption d'un vœu demandant que soit réservée, durant la période de pénurie, la consommation de lait aux enfants du jeune âge, et parmi les autres sujets à ceux que seuls désigneront des certificats médicaux parcimonieusement établis et soigneusement concentrés ; que les produits laitiers, y compris les fromages de France ne fassent plus l'objet d'exportation, non plus que les sous-produits de l'industrie laitière ; que soit développée en France la fabrication des laits de conserve et qu'il en soit importé la quantité suffisante à parer à la pénurie. (Unanimité).

Les progrès de la vaccination contre la tuberculose par le B.C.G. — MM. GUÉRIN et WEILL-HALLÉ. — Dans la plupart des pays étrangers le B.C.G. connaît une faveur légitime et est de plus en plus employé pour la protection des enfants, des adolescents, du personnel médical et paramédical.

L'Académie adopte le vœu qu'en 1948 une Conférence internationale du B.C.G., réunie à Paris, confronte les méthodes et les résultats et fixe les règles de préparation et d'emploi par les médecins.

Discussion : MM. COURCOUX, RIST, RENAULT.

Sur une nouvelle méthode de dosage des pigments biliaires du sang, l'oxydoréaction limite. — MM. CHABROL, FALLOT et SAYEGH. — Cette réaction, comparable dans sa technique à celle de la diazoréaction limite, est entièrement négative dans l'ictère hémolytique, très prononcée dans les ictères par rétention et permet dans les ictères mixtes la discrimination du rôle joué par l'hémolyse.

Cénestopathie et mélancolie. — M. BARBÉ. — Observation d'un malade chez qui les troubles de la sensibilité interne étaient portés à leur maximum engendrant un sentiment d'inquiétude, de résignation et d'anxiété. Puis survint un accès de mélancolie anxieuse. On avait cependant pu auparavant observer le trouble de cénesthésie pur de toute idée délirante.

Malformations embryonnaires par insuffisance B2. — MM. GIROUD et BOISSELOT. — Les auteurs, reprenant les recherches de Warkany, ont soumis des rates à un régime privé de vitamine B_2. Ces femelles ont donné naissance à des petits dont un certain nombre d'anormaux : raccourcissement de l'ensemble du corps, mais sans véritable malformation des membres, fissures du palais et même un véritable monstre avec extopie thoracique des viscères abdominaux et dédoublement du système axial. Les femelles témoins recevant la vitamine B_2 ont donné naissance à une descendance normale. Les anomalies sont donc bien le résultat de la carence B^2.

Une série d'auteurs ont déjà donné des preuves expérimentales du rôle des déficiences alimentaires dans la genèse des anomalies embryonnaires. Il y a là probablement un domaine à explorer chez l'homme, car certainement une série d'anomalies ne sont pas héréditaires.

Discussion : MM. Victor VEAU, JOLLY, R. DEBRÉ.

A propos du traitement de la leucémie aiguë par exsanguino-transfusion. — MM. BESSIS et Jean BERNARD. (*Présentation faite par M. Laubry.*)

Observation d'un enfant atteint de leucémie aiguë, dont le tableau clinique et hématologique est redevenu normal après des exsanguino-transfusions massives (7 fois la masse sanguine). Les auteurs admettent l'existence de substances anti-leucémiques dans le sang normal et se proposent d'étendre cette expérience thérapeutique à d'autres leucémies, à d'autres sarcomatoses, et d'essayer de prévoir d'autres applications possibles de cette méthode.

Discussion : M. LAUBRY.

Confirmation de l'efficacité de la sulfamidothérapie associée aux transfusions de sang à la période d'état de la fièvre typhoïde. — Indications de la pénicilline. — Essais d'interprétation. — M. Dana (de Tunis). — Par ces méthodes, la mortalité qui, à Tunis, était de 30 % chez les typhoïdiques de l'hôpital de la Libération, est tombée à environ 2 % (2 insuccès sur 92 cas traités).

Importance de certains facteurs pathologiques dans la diminution de la production du lait. — M. Bressou.

Avitaminose E des mammifères domestiques. — M. Lesbouyries.

Vacances de l'Armistice. — L'Académie ne tiendra pas séance le mardi 11 novembre.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 29 octobre 1947

A propos du traitement radiothérapique dans les cancers du sein. — M. Rouhier.

Au sujet des corps étrangers du tube digestif chez les enfants. — M. Badelon et Goguet. — M. Albert Mouchet rapporte ce travail basé sur 21 observations dans lesquelles on utilisait avec succès l'enrobement du corps étranger par des queues d'asperge.

M. Fèvre conseille de faire mettre l'enfant en position ventrale pour favoriser le passage du duodénum.

La pénicilline-retard. — MM. Chavannaz et Léger ont utilisé une dissolution de pénicilline dans une solution de subtosan 25, ce qui permettrait de faire une seule injection de pénicilline par 24 heures. L'étude de l'élimination de la pénicilline montre que celle-ci se fait très lentement, mais la teneur dans le sang reste toutefois supérieure à celle qui est théoriquement nécessaire pour son action curative.

M. Chavannaz estime que le subtosan 25 constituerait un excellent véhicule retard pour l'administration de la streptomycine.

Film sur les greffes cutanées. — M. Lagrot présente un film sur la technique qu'il utilise.

M. Dufourmentel souligne l'intérêt de l'utilisation de la pénicilline en application locale.

Le drainage biliaire après cholédochotomie selon le procédé de Voelcker modifié. — M. Jean Gosset souligne l'intérêt des récentes statistiques concernant la cholédochotomie statistiques publiées par Bengolea, Santy, la Mayo Clinic ; dans ces statistiques la mortalité de la cholédochotomie est descendue au-dessous de 5 %. Il n'en reste pas moins que la déperdition biliaire après drainage externe comporte un risque certain chez les sujets fatigués.

Aussi J. Gosset a utilisé huit fois une variante de la technique décrite par Voelcker pour le traitement des plaies du cholédoque ; un drain placé dans le cholédoque vient sortir à travers la face antérieure du duodénum. Le drain est solidement fixé à la paroi ; l'écoulement cesse en général au bout de cinq à six jours ; cet écoulement est d'ailleurs réglable suivant la position donnée au drain. Suites opératoires extrêmement simples dans les huit cas sans aucun écoulement à travers la paroi après ablation du drain.

M. Moulonguet fait remarquer que dans les cholédocho-duodénostomies d'indication relative où l'ablation des calculs est faite, la fistule chirurgicale a tendance à se former spontanément ; les dangers d'angiocholite secondaire seraient donc insignifiants.

MM. Hepp, Sénèque, Baumann prennent part à la discussion.

Séance du 5 novembre 1947

A propos du subtosan 25 comme véhicule-retard de la pénicilline. — M. Chavannaz apporte les tests biologiques qui montrent l'intérêt et la valeur de cette méthode.

Au sujet du drainage des voies biliaires. — M. Poilleux rappelle l'intérêt de la radiomanométrie préopératoire pour vérifier la perméabilité des voies biliaires et choisir le meilleur procédé de drainage. Il fait des réserves sur le procédé de Voelcker modifié proposé par M. Gosset.

Traitement des fractures apophysaires de l'enfant par broche de Kirschner transarticulaire. — M. J. Judet. — M. Fèvre, rapporteur.

Un cas de thrombose traumatique de l'artère humérale. — M. Bastien. — M. Rudler rapporte cette observation dans laquelle l'artériectomie n'arrêta pas l'évolution de la gangrène qui obligea à l'amputation. M. Rudler rapporte un cas similaire ayant intéressé l'artère poplitée ; artériectomie à la vingtième heure. Amputation au cinquième jour.

M. L. Bazy estime qu'il serait préférable de tenter une extraction du caillot suivie d'un traitement anticoagulant.

Gastrectomie d'urgence pour perforation huit jours après une première perforation traitée par suture. — M. Lanthier. — M. Mialaret discute les indications de la gastrectomie en présence d'un ulcère perforé ; il faut attacher une grosse importance aux antécédents et à l'histoire digestive antérieure du sujet. Dans le cas de M. Lanthier il s'est agit d'un lâchage de la suture. Le rôle de l'évolution de l'ulcère et de la nécrose qui entraîne la perforation apparaît comme primordial dans certains cas de perforation itérative, mais elle n'est pas seule en cause ; les conditions de la cicatrisation interviennent également, la cicatrisation se faisant facilement dans la zone où le péritoine est normal, mais dans les perforations des faces dépéritonisées, il n'en est pas de même.

Dans les perforations itératives, l'opération indiquée est la gastrectomie, mais elle peut s'avérer très difficile, voire impossible.

Ecoulement permanent de liquide céphalo-rachidien par le nez. Méningite à streptocoque. Pénicilline. Intervention secondaire. Guérison. — M. D. Ferey.

M. Sorrel rapporte une observation similaire.

Sur un cas d'ulcère peptique avec fistule gastro-colique après gastrectomie. Elargissement de la gastrectomie. Cure de la fistule colique. Guérison. — MM. Courty et Gaudefroy discutent l'intérêt de l'opération de Dragsted comme temps complémentaire de la cure opératoire de la fistule.

M. Banzet estime que la fermeture du côlon n'est pas très difficile et qu'il n'est pas nécessaire de faire une résection colique. M. Banzet qui a fait une trentaine d'opérations de Dragsted la réserve aux ulcérés peptiques récidivés après gastrectomie et à certains cas de duodénite à allure ulcéreuse.

COURS

Faculté de Médecine de Paris
Chaire d'hydrologie thérapeutique et de Climatologie

Professeur : L. Justin-Besançon. Agrégé : Ch. Debray.

Année 1947-1948 (semestre d'hiver). — 1° Enseignement théorique élémentaire par le Professeur et l'Agrégé au Petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, à partir du lundi 10 novembre 1947, à 18 heures, puis les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

2° Démonstrations pratiques d'Hydrologie clinique par le Prof. L. Justin-Besançon, le samedi à 11 heures, à l'hôpital Bichat.

Avec la collaboration du professeur Duhot, des professeurs agrégés Cachera et Degos, des Drs Pierre Bourgeois, Flurin et Françon.

Sommaire des Cours théoriques

1. Lundi 10 novembre : Histoire de l'Hydro-Climatologie, par le Prof. L. Justin-Besançon.
2. Mercredi 12 novembre : Les stations thermales françaises, par le Prof. agr. Ch. Debray.
3. Vendredi 14 novembre : Métabolisme de l'eau, par le Prof. agr. René Cachera.
4. Lundi 17 novembre : Crénothérapie des maladies du rein et des voies urinaires, par le Prof. L. Justin-Besançon.
5. Mercredi 19 novembre : Les grandes stations thermales pour le traitement des maladies du rein et des voies urinaires : Evian (projection d'un film), Saint-Nectaire, La Preste, par le Prof. agr. Ch. Debray.
6. Vendredi 21 novembre : Crénothérapie des affections du système nerveux, par le Prof. agr. Ch. Debray.
7. Lundi 24 novembre : Crénothérapie des maladies de l'estomac, par le Prof. agr. Ch. Debray.
8. Mercredi 26 novembre : Crénothérapie des maladies de l'intestin, par le Prof. agr. Ch. Debray.
9. Vendredi 28 novembre : Les grandes stations thermales françaises pour le traitement des maladies du tube digestif : Châtel-Guyon, Plombières, Vals, Pougues, par le Prof. agr. Ch. Debray.
10. Lundi 1er décembre : Crénothérapie des maladies du foie, par le Prof. agr. René Cachera.
11. Mercredi 3 décembre : Crénothérapie des maladies des voies biliaires, par le Prof. agr. René Cachera.
12. Vendredi 5 décembre : Les grandes stations thermales françaises pour les maladies du foie et des voies biliaires : Vichy (cinéma), par le Prof. agr. Ch. Debray.
13. Lundi 8 décembre : Crénothérapie des maladies du cœur, de l'appareil circulatoire et du sang, par le Prof. L. Justin-Besançon.
14. Mercredi 10 décembre : Les grandes stations thermales françaises pour le traitement des maladies du cœur, de l'appareil circulatoire et du sang : Royat, Bourbon-Lancy, Bains-les-Bains, Bagnoles-de-l'Orne, Aix-en-Provence, par le Prof. agr. Ch. Debray.
15. Vendredi 12 décembre : Crénothérapie des maladies de la peau et de la syphilis. Les grandes stations thermales qui leur sont consacrées, par le Prof. agr. R. Degos.
16. Lundi 15 décembre : Crénothérapie des affections rhumatismales et des traumatismes ostéo-articulaires, par le Dr F. Françon.
17. Mercredi 17 décembre : Les grandes stations thermales françaises pour le traitement des affections rhumatismales et des traumatismes ostéo-articulaires : Aix, Dax, Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault (cinéma), par le Prof. agr. Ch. Debray.
18. Vendredi 19 décembre : Crénothérapie du diabète, de la goutte et de l'oxalurie, de l'obésité et de la maigreur, par le Prof. L. Justin-Besançon.
19. Lundi 22 décembre : Les principales stations thermales françaises pour le traitement de l'uricémie, de l'uraturie, de l'oxalémie et de l'oxalurie, et celui de la lithiase rénale : Vittel, Contréxéville et les stations des Vosges (cinéma), par le Prof. agr. Ch. Debray.
20. Lundi 5 janvier : Crénothérapie des affections oto-rhino-laryngologiques, par le Dr H. Flurin.
21. Mercredi 7 janvier : Crénothérapie des maladies de l'enfant et du lymphathisme, par le Prof. agr. Ch. Debray.
22. Vendredi 9 janvier : Crénothérapie des affections pulmonaires non tuberculeuses, par le Prof. agr. Ch. Debray.
23. Lundi 12 janvier : Crénothérapie des affections gynécologiques, par le Prof. L. Justin-Besançon.
24. Mercredi 14 janvier : Les grands climats de France et leur action physiologique, par le Prof. agr. Ch. Debray.
25. Vendredi 16 janvier : Climatothérapie de la tuberculose pulmonaire, par le Prof. agr. Ch. Debray.
26. Lundi 19 janvier : Climats et stations climatiques des Pyrénées, par le Prof. L. Justin-Besançon.
27. Mercredi 21 janvier : Climats et stations climatiques des Alpes, par le Dr Pierre Bourgeois, médecin des hôpitaux.
28. Vendredi 23 janvier : Climats et stations climatiques de plaine et de moyenne altitude, par le Prof. agr. Ch. Debray.
29. Lundi 26 janvier : Traitement thermo-climatique des affections chirurgicales tuberculeuses, par le Prof. L. Justin-Besançon.
30. Mercredi 28 janvier : Thalassothérapie, par le Prof. agr. Ch. Debray.
31. Vendredi 30 janvier : Héliothérapie et technique de cures climatiques, par le Prof. L. Justin-Besançon.
32. Lundi 2 février : Climato-pathologie tropicale, par le Prof. Duhot.
33. Mercredi 4 février : Stations climatiques des colonies, par le Prof. Duhot.
34. Vendredi 6 février : Climats urbains et organisation climatique de la région parisienne, par le Prof. L. Justin-Besançon.
35. Lundi 9 février : Météoro-pathologie, biclimatologie, rythme nycthéméral, par le Prof. L. Justin-Besançon.
36. Mercredi 11 février : La pratique des cures thermales. Techniques diverses. Crises et réactions thermales. Examens de laboratoire. Déontologie. Rôle économique du Thermalisme, par le Prof. agr. Ch. Debray.
37. Vendredi 13 février : Thermo-climatisme social, par le Prof. L. Justin-Besançon.
38. Lundi 16 février : Hydro-géologie, Chimie et Physique hydrominérales, par le Prof. L. Justin-Besançon.
39. Mercredi 18 février : Hydrologie expérimentale, par le Prof. L. Justin-Besançon.

Dépôt légal. — 1947. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

Nos 47-48. — SAMEDIS 22-29 NOVEMBRE 1947 — 120e ANNÉE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Réforme du concours de l'internat

Nous publierons dans notre prochain numéro les modalités de la réforme envisagée pour 1949.

Le concours de 1948 reste régi par le règlement actuel.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — 5e Concours 1947 : une place. — Le 5e concours s'est terminé par la nomination de M. Guénin.

Rappelons que le 4e concours s'était terminé par la nomination de M. André Dufour.

Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux (1947 : une place). — M. Brégeat a été nommé.

Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Ont été classés admissibles : MM. les Drs Angammare, Degand, Mion, Salaun.

Concours de l'Internat en médecine des hôpitaux de Seine-et-Marne. — Classement des candidats. — Ont obtenu MM. : 1. Natali Jean ; 2. Thomas Jean ; 3. Lemoine André ; 4. Fleury Pierre ; 5. Vernes Marcel ; 6. Cahn Léon ; 7. Casanouve Pierre ; 8. Thuot Maurice ; 9. Mordret Adrien ; 10. Quinquet François ; 11. Darfeuille André ; 12. Nguhen The Thom ; 13. Sarthre Bernard ; 14. Bellon Jacques ; 15. Lacoste de Laval ; 16. Raoul Jean ; 17. Vignaud Jacques.

Concours d'internat de Nanterre. — Le registre d'inscription des candidatures au concours pour l'admission à l'emploi d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison Départementale de Nanterre est réouvert, il sera définitivement clos le 29 novembre 1947.

Hôpital Franco-Musulman

Un concours sur titres est ouvert le 8 janvier 1948 en vue de la nomination du chirurgien en chef à l'hôpital Franco-Musulman de Paris et du département de la Seine.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 22 décembre 1947 inclusivement à la Direction des Affaires départementales — sous-direction des établissements départementaux d'assistance — 1er bureau, porte 152, de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 h., samedi après-midi, dimanches et fêtes exceptés. (Préfecture de la Seine.)

Hôpital psychiatrique départemental de la Seine-Inférieure, à Sotteville-lès-Rouen.

—. Concours sur épreuves pour deux internes titulaires le 22 décembre 1947.

Renseignement et inscriptions jusqu'au 10 décembre 194. à l'Inspection divisionnaire de la Santé, 54, boulevard des Belges, à Rouen.

Hôpital d'Orléans

Un concours pour le recrutement de deux internes pour l'hôpital régional d'Orléans aura lieu le lundi 2 février 1948 à 9 heures, à l'hôpital régional d'Orléans.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la Direction départementale de la Santé, à Orléans, 26, boulevard Alexandre-Martin.

Facultés de médecine

Date du concours d'agrégation. — Un arrêté du 12 novembre (J. O. 15 nov. 1947) fixe la date des épreuves au lundi 12 janvier 1948. Inscriptions closes le 20 décembre 1947.

Facultés de province

Strasbourg. — M. Rœderer, assistant à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg est nommé, à compter du 1er octobre 1946, professeur titulaire de la chaire clinique dermatologique et siphiligraphique de cette Faculté (dernier titulaire : M. Pautrier, retraité).

Toulouse — La chaire de clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie a été déclarée vacante (dernier titulaire M. Boularan, décédé). (J. O. 15 nov. 1947.)

Lyon. — Le prix Léon Riboud, formé par le revenu quinquennal d'une somme de 50.000 francs léguée à la Faculté de médecine par M. Riboud, doit être attribué, tous les cinq ans, à un savant de Lyon ou de la région lyonnaise (Rhône, Ain, Isère, Loire et Saône-et-Loire), ayant au moins cinq ans de résidence, qui par ses travaux, par ses découvertes ou son enseignement, aura contribué au progrès de l'hygiène, de la santé publique, ou des sciences médicales, particulièrement de celles qui ont pour but la protection de l'enfance.

Le prix Léon Riboud, qui s'élèvera à la somme de 7.500 francs, sera décerné au mois de mai 1948.

Les candidats devront déposer leurs titres ou mémoires, avec un exemplaire des travaux qu'ils auront publiés, au secrétariat de la Faculté de médecine, au plus tard le 31 mars 1948.

Docteurs « honoris causa »

Aix-Marseille. — Lord Russel, professeur à l'Université de Cambridge ; MM. Sbarsky, membre de l'Académie des sciences médicales de l'U. R. S. S. ; Engelhardt, membre de l'Académie des sciences médicales de l'U. R. S. S. ; Harington, membre de la Société royale des sciences de Londres ; Lipmann, professeur à la

Faculté de médecine de l'Université Harvard, à Boston ; Mac Kean, professeur à l'Université de Chicago ; Arnold Reymond, professeur honoraire à l'Université de Lausanne ; Henner, professeur de clinique neurologique à l'Université de Prague.

Montpellier. — M. Roch, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Genève ; et à titre posthume à M. Barbeau, directeur de la Canadian Physiological Society.

Nancy. — MM. Dalcq, professeur à la Faculté de médecine de Bruxelles ; Quadrat, recteur de l'Ecole polytechnique de Prague ; Knüs, secrétaire d'Etat au ministère des cultes de Suède ; Bessemans, directeur de l'Institut d'hygiène et de bactériologie de l'Université de Gand.

Distinctions honorifiques

Le général major médecin de réserve J. Voncken, de l'armée belge, vient d'être élevé à la dignité de grand officier de l'Ordre de Léopold II pour avoir le 2 juin 1940 sauvé par son initiative personnelle et son dévouement 400 militaires français et anglais abandonnés sans secours dans la zone allemande de combat, à Ypres.

Nous sommes heureux d'adresser nos bien vives félicitations à notre éminent confrère.

Médaille pour acte de courage et de dévouement. Intérieur

Médaille d'argent de 1re classe. — M. le Dr Beller, médecin inspecteur de la Santé, directeur au bureau d'hygiène de la ville de Brest.

Santé publique

Le contrôle sanitaire aux frontières. — Le J. O. du 16 novembre publie (p. 11337 à 11340) le décret du 15 novembre 1947 portant règlement d'administration publique sur l'organisation et le fonctionnement du service de contrôle sanitaire aux frontières terrestres, maritimes et aériennes.

Le décret a pour objet l'application des mesures prescrites par les conventions internationales et les règlements nationaux pour prévenir la propagation des maladies déjà visées (peste, choléra, fièvre jaune, typhus exanthématique, variole) et le cas échéant de toute maladie transmissible.

Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Remise d'une médaille jubilaire au Dr J.-P. Lamare. — Le 10 octobre 1947 a eu lieu à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, au milieu d'une nombreuse assistance, une cérémonie pour la remise au Dr J.-P. Lamare, membre de l'Académie de chirurgie, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, d'une médaille commémorant ses vingt-cinq ans de vie hospitalière.

La cérémonie était présidée par le Dr G. Duhamel, membre de l'Académie française, de l'Académie de médecine, de l'Académie de chirurgie.

Des discours furent prononcés par celui-ci au nom des amis du récipiendaire ; par le Dr M. Larget, membre de l'Académie de chirurgie, chirurgien chef de l'hôpital, au nom de ses collègues et par le Dr H. Payer, chirurgien adjoint de l'hôpital, au nom de ses élèves.

La médaille était due au talent de Mme Lauth Bossert.

Xe Congrès National de la Tuberculose

Le Xe Congrès National de la Tuberculose, qui devait se tenir à Alger, à Pâques 1948, aura lieu, en raison des difficultés actuelles, à Strasbourg, à l'époque de la Pentecôte, du vendredi 14 au dimanche 16 mai 1948. Aucune modification n'est apportée aux questions mises à l'ordre du jour. Le droit d'inscription est fixé à 1.000 francs. S'inscrire au Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, à Paris. Le programme détaillé du Congrès, ainsi que celui des visites aux organismes antituberculeux d'Alsace, sera indiqué ultérieurement.

L'Association générale des médecins de France, 60, boulevard Latour-Maubourg, Paris (7e), tél. Inv. 55-19, vendra aux enchères, fin décembre, une propriété dépendant du legs Gaudinau dont elle est bénéficiaire, sise 131, faubourg Croncels, à Troyes, comprenant 1.688 m² de terrain, un immeuble de deux étages à usage médical, un bâtiment dans la cour, plusieurs dépendances et entrées donnant sur deux voies différentes.

Cet immeuble conviendrait particulièrement aux besoins professionnels de médecins, dentistes, sages-femmes ou vétérinaires.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au siège social de l'Association, 60, boulevard Latour-Maubourg, ou au notaire : Me **Gillet,** 9, rue Charbonnet, à Troyes, tél. 23-52.

Nécrologie

Nous apprenons la mort, à l'âge de 68 ans, du professeur Clovis Vincent, professeur de clinique chirurgicale, chef du service de neuro-chirurgie à l'hôpital de la Pitié, médecin des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie de chirurgie.

— De M. Pierre Dangeard, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Paris, membre et ancien président de l'Académie des sciences.

— Du Dr Joseph Le Gras, d'Avignon, décédé à Paris dans sa soixante-neuvième année.

LIVRES NOUVEAUX

Morphologie Médico-Artistique — Les Formes de la Femme, par André Binet, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Nancy. Un volume in-8° carré, de 218 pages et 85 figures. 2e édition 1947. Prix : 260 francs. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris-6e.

La première édition de ce livre était depuis longtemps épuisée et avait déjà subi la rude épreuve d'une traduction en langue espagnole. Le professeur André Binet a tenu à nous en présenter une nouvelle édition, soigneusement complétée et mise à jour.

Elle s'adresse à toute l'élite cultivée et, en particulier, aux médecins et aux artistes. Les uns et les autres ont besoin, en effet, de s'élever à la connaissance de plus en plus parfaite du corps humain. Ils trouveront dans cet ouvrage des renseignements puisés aux meilleures sources, présentés sans aridité, avec les agréments du beau langage et rehaussés de nombreuses reproductions d'œuvres d'art.

Dans la première partie, l'auteur étudie la plastique de la femme normale et célèbre l'impeccable beauté des sujets jeunes, parvenus au plein épanouissement génital. Nous apprenons à en discerner les proportions, les attitudes, la grâce..., poésie du mouvement.

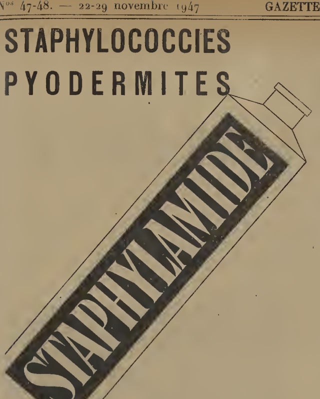
Dans la deuxième partie sont, au contraire, étudiées les variations plus ou moins fâcheuses de la morphologie féminine, ce que l'auteur appelle « le musée des disgrâces ». Et c'est le long cortège des grandes et des petites, des grosses et des minces, des faibles et des fortes, des thoraciques, des abdominales, des cérébrales !

Plus loin, les caractères ethniques des femmes de race blanche sont mis en pleine lumière, tandis que dans la pénombre se profilent les femmes de couleur.

Nous assistons ensuite aux modifications qu'apportent à la plastique la grossesse et les suites de couches, les maladies et plus particulièrement le fonctionnement défectueux des glandes endocrines.

Enfin, nous suivons l'évolution du corps de la femme au cours des ans, jusqu'au déclin de la vieillesse.

Le mérite de ce livre est de nous apprendre à regarder. Savoir regarder est la base de l'art médical comme de l'art tout court.



Pommade
Iodoxyquinoléine sulfamide

LABORATOIRES DU Dr DEBAT · 60, RUE DE MONCEAU · PARIS

Essayez le

DICUPRÈNE

dans le traitement du

Rhumatisme chronique

nouveau sel de cuivre atoxique
bien toléré, sans contre-indications

Présentations : Ampoules de 5 cc à 10 °/. pouvant être injectées en IM ou en IV Boites de 6 ampoules.

Posologie : Cure de 18 ampoules de **DICUPRÈNE,** à raison de 3 ampoules par semaine.

Echantillons et littérature sur demande

Laboratoires **M. BORNE,** 24, rue des Ursulines
SAINT-DENIS (Seine)





SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

POULENC FRÈRES — Specia — USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN-GOUJON · PARIS-8e · BAL. 22-94


SYNTHROGÈNE
OESTROGÈNE DE SYNTHÈSE
Documentation et Echantillons
GERDA, 10, RUE JACQUARD, LYON


SUPPOSITOIRES ANUSOL
contre les HÉMORROÏDES
ANUSOL

REVUE GÉNÉRALE

Diagnostic des ulcérations de la langue

par le Dr Georges CARLIER
Ex-Interne des Hôpitaux de Lille

Les ulcérations forment un ensemble de lésions que l'on rencontre fréquemment au niveau de la langue.

Organe mobile, ayant à supporter les frottements incessants et les multiples traumatismes qu'entraînent la mastication et la phonation, placée à l'orée du tube digestif et étant ainsi amenée à souffrir des plus violentes irritations physico-chimiques, en rapport avec un milieu où les infections de toute nature peuvent se rencontrer, la langue est, par cette situation particulière, des plus susceptibles à présenter cet ordre de lésion.

DEFINITION. — On entend par ulcération linguale toute perte de substance sans tendance à la cicatrisation et siégeant sur cet organe.

DIAGNOSTIC

A. — *DIAGNOSTIC POSITIF.*

Le diagnostic positif s'établit sur :

1° **Des signes fonctionnels**, dont le principal est la *douleur.*

On appréciera les caractères de cette douleur : est-elle aigüe ou sourde, continue ou intermittente, reste-t-elle localisée ou présente-t-elle des irradiations dont l'importance s'avérera considérable pour l'établissement du diagnostic étiologique, pour le pronostic et par conséquent pour le traitement de la lésion.

La gêne à la mastication et à la phonation sera intéressante à noter . Elle peut relever simplement de la douleur, elle peut dépendre aussi de la nature de la lésion et du plus ou moins grand envahissement de celle-ci aux dépens des tissus linguaux ou para-linguaux. Cette gêne n'est que la traduction fonctionnelle de la limitation de la mobilité linguale.

2° **Des signes généraux**, qui peuvent être importants à relever car la lésion ulcéreuse n'est pas toujours uniquement la maladie.

L'ulcération peut n'être qu'un élément symptomatique d'une affection générale dont il faut relever les autres caractères.

L'ulcération elle-même peut être la génératrice d'accidents généraux dont il faut établir le bilan.

3° **Des signes physiques.** — Il n'en reste pas moins vrai que c'est l'examen physique qui est l'élément primordial de l'enquête séméiologique.

Celui-ci comprend divers temps :

a) L'INSPECTION qui portera sur le dos de la langue, les bords, la face inférieure ; elle devra se compléter d'un examen systématique : de la face interne des joues et des lèvres, de la gorge.

Cet examen permettra déjà d'avoir des renseignements importants sur la nature de la lésion.

En effet, il peut s'agir : d'une érosion superficielle et très légère de la muqueuse linguale, d'une fissure, d'une ulcération proprement dite, d'un ulcère de la langue.

On sera amené à en préciser le siège, les dimensions, la forme des contours (sont-ils réguliers, déchiquetés, polycycliques ?) la couleur.

b) La PALPATION est un temps capital de l'examen. Elle permet de scinder immédiatement deux grands groupes d'ulcérations suivant qu'il y a *tumeur*, qu'il n'y a *pas tumeur.*

Cet examen se fera à l'aide de deux doigts, cherchant à emprisonner l'ulcération, à la saisir en la pinçant pour la mobiliser.

Ces recherches se compléteront par l'examen des *ganglions* et par une enquête sur l'anamnèse, la notion d'*évolution* ayant une grande importance.

B. — *DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.*

Le diagnostic positif d'une ulcération linguale est généralement facile à porter et peu d'affections sont susceptibles de troubler le diagnostic.

Néanmoins il faut éviter de confondre avec une ulcération :

1° Une *plaie* de la langue qui n'a de commun avec elle que la perte de substance ; il peut s'agir d'une morsure (épileptique) ou d'une brûlure banale.

2° La *glossodynie.* — Le malade peut éprouver de violentes douleurs au niveau de la langue comme dans le cas d'une ulcération, mais l'examen physique est négatif : la langue est simplement un peu rouge, les papilles sont légèrement plus volumineuses que d'habitude, parfois on peut relever une petite érosion, de petites lésions de dépapillation.

C'est là une affection tenace et récidivante, évoluant sur un terrain psychopathique, en rapport souvent avec une dyspepsie qui guérira sous l'action d'une thérapeutique corrigeant l'affection gastrique et de soins locaux (soins des dents, bains de bouche émollients) — (pas de bleu de méthylène, pas de nitrate d'argent).

3° La *langue noire villeuse* qui est la traduction de l'exagération des papilles, affection où le streptocoque a un rôle actif et qui cède sous les attouchements iodés ou salicylés.

4° La *langue scrotale* qui n'est que l'exagération des sillons et des plis de la langue. Il n'y a pas d'hypertrophie de la langue, il n'y a pas d'ulcération (sauf parfois de toutes petites fissures au fond des plis). C'est surtout une affection qui dure depuis l'enfance, qui est congénitale.

C. — *DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE.*

C'est le diagnostic essentiel, car de lui seul peut dépendre une thérapeutique active.

Deux protocoles sont à sa base : 1° la clinique ; 2° le laboratoire.

1° Par la **clinique**, nous distinguerons trois grands groupes d'ulcérations :

1° L'ulcération secondaire à une maladie générale ;
2° L'ulcération secondaire à une maladie locale ;
3° L'ulcération primitive ou l'ulcération-maladie.

A. *ULCERATION SECONDAIRE A UNE MALADIE GENERALE.*

a) Au cours des INFECTIONS : ulcération de la fièvre typhoïde de Davic (ulcérations indolentes, parallèles aux ulcérations intestinales), de la variole, de la varicelle, de l'érysipèle de la face.

b) Au cours des INTOXICATIONS : scorbut, diabète, urémie (ulcérations au cours de la stomatite érythémato-pultacée décrite par Barie et surtout par Guyot).

c) *De cause* MÉCANIQUE : ulcération du frein de la langue de la coqueluche, à rapprocher de la maladie de Riga où il y a ulcération du frein de la langue au moment de la première dentition.

B. *ULCERATION SECONDAIRE A UNE AFFECTION BUCCALE.*

Ce sont les stomatites :

a) La STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE DE RILLET ET BARTHEZ caractérisée par une association inso-spirillaire, une déficience générale, une méïopragie locale, et dont les principaux éléments cliniques sont constitués par :

L'*Ulcération.* Elle siège sur les bords de la langue ; elle est profonde, irrégulière, anfractueuse et son fond est recouvert d'une pseudo-membrane jaunâtre ; ses bords sont rouge vif, taillés à pic, décollés, sa base est de consistance ferme sans induration.

La *bouche* est le siège d'autres ulcérations et les lésions de la langue sont loin d'être au premier plan. Leur lieu d'élection est la gencive (surtout au niveau des dernières molaires) et la muqueuse apparaît rouge, œdématiée, recouverte d'un enduit pultacé. L'haleine est fétide et la salivation abondante.

Les *ganglions* sont volumineux et douloureux.

L'*état général :* les phénomènes généraux d'ordinaire peu marqués sont quelquefois très intenses.

b) Les STOMATITES MERCURIELLES ne forment qu'une variante étiologique des stomatites et sont la traduction d'une réaction à l'élimination salivaire du mercure.

Dans la forme grave on note : une tuméfaction de la langue, qui est énorme, de grandes plaques ulcérées, une fétidité extrême de l'haleine qui est révélatrice, une salivation excessive.

c) Les STOMATITES BISMUTHIQUES, dont le tableau clinique est un diminutif de celui de la stomatite mercurielle et qui est essentiellement constitué par des ulcérations superficielles, une légère fétidité de l'haleine avec une salivation faiblement augmentée, un liséré gingival bleuâtre.

d) La Stomatite gangréneuse ou Noma qui est une affection de plus en plus rare et dont les éléments princeps du tableau clinique sont formés par : des ulcérations succédant à la chute d'escarres noirâtres (la nécrose domine d'ailleurs au niveau de la face interne des joues), une odeur infecte de gangrène, des douleurs très vives, du trismus, une atteinte profonde de l'état général, phénomènes qui surviennent le plus souvent chez des enfants de deux à quatre ans à la suite des maladies infectieuses.

C. *ULCERATION PRIMITIVE. ULCERATION MALADIE.* — Comme nous l'avons signalé précédemment, nous distinguerons deux groupes suivant : qu'il y a une tumeur, qu'il n'y a pas de tumeur.

I. ULCERATIONS NE REPOSANT PAS SUR UNE TUMEUR ou sous une autre forme, n'ayant pas de base indurée.

Là encore nous distinguerons deux formes : érosive, ulcéreuse.

A. **Les Exulcérations ou Erosions** comprennent : les glossites, les syphilides secondaires érosives, les érosions consécutives à une bulle ou à une vésicule.

a) Les **Glossites.**

1. La Glossite exfoliatrice marginée dans laquelle on trouve une desquamation superficielle de l'épithélium avec une exfoliation des papilles qui donne cet aspect en plaque rouge vernissée à contours festonnés, arrondis, circurvés ; affection très récidivante (elle dure toute la vie), essentiellement ambulante et qui réalise ce que l'on dénomme la langue géographique, l'eczéma de la langue.

2. La Glossite médiane losangique de Brocq qui se présente sous l'aspect d'une plaque fauchée, d'une fixité absolue, qui siège au devant du V lingual.

b) Les **Plaques muqueuses maculo-érosives.**

Elles sont multiples et siègent sur les amygdales, les piliers la luette, la face interne des joues et les lèvres... D'une extrême fréquence chez l'homme (pour qui joue le rôle du tabac et de l'alcool), elles sont moins fréquentes chez la femme qui fait surtout des accidents génitaux. Un de leurs principaux caractères est leur extrême contagiosité.

L'*Ulcération* multiple, très superficielle, affecte l'aspect d'une tache rouge, bien limitée. Elle est quelquefois opaline, un peu porcelainée (coloration caractéristique), lisse, les papilles ont disparu à sa surface ; ses bords sont nets, formant un liséré d'un rouge franc. L'exulcération est de niveau avec les tissus voisins ; il s'agit d'une plaque maculo-érosive des plaques en prairie fauchée de Fournier, d'une souplesse relative, d'une indolence complète, ce qui est remarquable ; elle se présente en éléments isolés ou groupés en nappe.

La *bouche :* on y trouve des ulcérations multiples ;

Les *ganglions :* il y a une légère adénopathie sous-maxillaire.

Les *signes généraux.*

c) Les **Erosions consécutives à des vésicules ou à des bulles.** —

Les vésicules et les bulles ont une durée éphémère. Fragilisées par la macération, elles se déchirent et laissent une érosion ; celle-ci se recouvre le plus souvent d'un enduit diphtéroïde blanchâtre. Aussi la confusion est très fréquente avec la plaque muqueuse et il faut s'efforcer, dans les cas heureux, de trouver l'élément bulleux ou vésiculeux primitif.

1. L'Herpès lingual de Gelle est une affection qui siège sur les bords de la langue et se présente sous l'aspect de petites ulcérations (tête d'épingle) arrondies, groupées en bouquets ou confluentes et donnant une exulcération douloureuse, à contours polycycliques et micropolycycliques. Il existe une sécrétion abondante (l'herpès pleure) ; on retrouve enfin des vésicules sur les lèvres.

2. L'Herpès récidivant de Fournier, affection tenace et rebelle qui apparaît dans les deux premières années de l'infection syphilitique et simule des plaques muqueuses.

3. L'Eruption artificielle bulleuse qui donne une bulle plus étendue que la vésicule herpétique. L'érosion qu'elle donne est entourée d'une fine collerette blanchâtre épithéliale dont le bord interne est décollé et le bord externe adhérent ; cette collerette est le vestige périphérique de l'élément bulleux primitif.

Tel est le type de l'antipyrinide dont l'élément est très volumineux, peu nombreux et apparaît à chaque ingestion d'antipyrine.

4. Le Pemphigus des muqueuses est aussi une éruption bulleuse ; pour certains le *pemphigus contagiosus* ne se localise jamais à la muqueuse buccale.

5. La Dermatite polymorphe douloureuse se traduit par des lésions douloureuses de la dimension d'une lentille ou d'une pièce de 0 fr. 50. Elle évolue en poussées incessantes et durables ; son diagnostic s'établira sur la recherche de l'éruption cutanée, qui est d'ailleurs parfois très discrète.

6. L'Impetigo buccal : Stomatite impétigineuse de Sevestre et Gastou se trouve chez l'enfant et s'accompagne de lésions cutanées typiques.

7. La Varicelle offre les mêmes remarques.

8. Le Zona lingual est l'équivalent d'une éruption d'herpès localisée à une hémi-langue. Il est rarissime.

9. Les Aphtes forment la transition avec le paragraphe suivant. A la suite d'une vésicule se crée une lésion profonde : une ulcération, non une érosion ; les lieux d'élection sont les bords et la pointe de la langue. Après une bulle éphémère apparaît une ulcération très douloureuse, sertie d'un liséré carminé, rouge vif, régulier et net ; la forme en est arrondie, ovalaire : les dimensions sont en général supérieures à celles de l'herpès. Le fond de l'ulcération taillée à pic est profond, en cupule, plus creux que l'érosion herpétique ; il est couleur jaunâtre, beurre frais. On peut retrouver des ulcérations sur les muqueuses buccales (stomatite aphteuse), il n'y a pas d'adénopathie. L'affection guérit en quelques jours, mais a tendance à présenter des poussées récidivantes, souvent à la suite d'une erreur alimentaire chez des dyspeptiques.

B. **Formes ulcéreuses simples.** — Nous aurons à envisager les Syphilides ulcéreuses, l'Ulcère tuberculeux, l'Ulcération simple d'origine dentaire.

1. Les Syphilides ulcéreuses sont rares. Queyrat en distingue deux sortes suivant qu'il s'agit :

d'une éruption polymorphe, avec des plaques muqueuses, avec du tréponème dans les lésions, cas de la forme floride de la syphilis secondaire ;

d'une éruption monomorphe qui est réalisée par la syphilis maligne précoce.

Il faut particulièrement signaler l'aspect gommeux des lésions au point de vue anatomique, ce sont véritablement des lésions de tertiarisme précoce.

Tous les accidents sont ulcéreux et les bords de l'ulcération nettement découpés se creusent rapidement. Par contre les réactions sanguines sont très tardives, il n'y a pas de tréponèmes dans les lésions.

Les accidents offrent une remarquable résistance au traitement mercuriel, l'arsenic semble agir de la façon la plus élective.

2. Les Ulcérations tuberculeuses.

1° *L'Ulcère tuberculeux. — L'Ulcération. Signes physiques.* — C'est la forme la plus habituelle de la tuberculose bucco-pharyngée ; elle résulte de la confluence et du ramollissement d'une série de granulations miliaires.

Siège : sur le dos de la langue, mais de préférence sur la pointe et les bords ; souvent unique, elle est aussi multiple.

Forme : allongée dans le sens antéro-postérieur ; au début elle se présente sous l'aspect d'une fissure linéaire dans le sens antéro-postérieur (forme fissuraire, rhagade tuberculeuse) dont il faut écarter les lèvres pour apercevoir le fond. Son étendue augmente peu à peu et à la période d'état l'ulcération devient assez large.

Bords : anfractueux et à peine saillants, minces mais nettement découpés, irréguliers, festonnés : en jeu de patience, décollés et déchiquetés comme les contours d'un fjord norvégien suivant la comparaison de Reclus. Sur les pourtours on peut trouver les grains jaunes de Trélat, qui sont des petits points jaunâtres minuscules et qui s'évacuent secondairement en laissant des pertes de substances taillées à pic, grisâtres, à bords grignotés, lesquels grandiront et conflueront avec l'ulcère principal.

Fond : étalé en surface, peu étendu en profondeur. Il est souvent encombré de détritus et se présente inégal, grisâtre ou de coloration livide, parfois piqueté de grains jaunes de Trelat, raviné, suivant l'expression de Reclus, anfractueux, montagneux, parfois l'ulcération est assez profonde pour mettre à nu les muscles qui apparaissent alors avec la coloration rouge vif et l'aspect de la viande crue, il n'y a aucune tendance aux hémorragies.

Base : il n'y a pas de base indurée, mais simplement une infiltration plus molle que celle de la syphilis, il y a toujours une certaine souplesse et jamais d'induration véritable.

Signes fonctionnels. — L'ulcération est très douloureuse (caractère qui est d'ailleurs discuté), la salivation est abondante.

La *cavité buccale.* — Il existe assez souvent plusieurs foyers buccaux.

Les *ganglions.* — L'adénopathie est fréquente et offre tous les caractères d'une adénite tuberculeuse : les ganglions sont plus gros et moins durs que dans le cancer.

L'état général. — Ce sont des lésions qui évoluent chez des tuberculeux avérés et qui sont d'un mauvais pronostic, car il s'agit de tuberculeux pulmonaires au seuil de la déchéance (mort en deux ans : Bultin). Quelquefois il s'agit d'une tuberculose linguale primitive.

2° La *Phtisie buccale aiguë*, dans laquelle on peut noter de multiples petites ulcérations, riches en bacilles à la période terminale de la phtisie pulmonaire.

3° L'*Ulcération de la gomme tuberculeuse.* — Elle peut avoir l'aspect et les dimensions de la gomme syphilitique, mais ses parois et sa base ne possèdent pas la dureté de la spécificité. Contrairement à l'accident syphilitique, la gomme tuberculeuse se cicatrise fort lentement.

Les antécédents, le laboratoire, le traitement d'épreuve sont autant d'éléments d'investigation indispensables à faire.

4° Le *Lupus tuberculeux* épargne généralement la langue. La zone lupique est nettement limitée et peu douloureuse. Sa surface inégale, granuleuse, mamelonnée, rouge ou grisâtre, saigne facilement. Sa consistance est molle.

Sur la surface lupique se creusent des ulcérations en général multiples. Leur irrégularité, leur largeur, leur manque de profondeur, la mollesse de leurs bords les distinguent des ulcérations arrondies, étroites et profondes, taillées à pic dans le tissu induré du syphilome en nappe superficielle dont l'évolution est d'ailleurs plus rapide.

3. La Leishmaniose des pays chauds simule soit le lupus vulgaire, soit l'ulcère tuberculeux.

4. L'Ulcération dentaire, l'ulcère traumatique de Butlin. — *L'Ulcération.* Signes physiques. — *Siège :* la pointe ou les bords de la langue (avec élection au tiers moyen) elle est souvent moulée sur un chicot, une dent cariée ou une pièce de prothèse.

Forme : affecte d'abord l'aspect d'une simple fissure, puis s'agrandit le plus souvent pour offrir une forme ovale et allongée.

Fond : rose granuleux, parfois tapissé d'un enduit jaunâtre qu'on enlève facilement. Il ne présente jamais l'aspect bourbillonneux, d'une gomme. Il ne saigne pas comme l'ulcération cancéreuse, il n'est pas bourgeonnant ni recouvert de débris épithéliaux.

Bords : sinueux, non décollés, pas épaissis, avec des limites nettes.

Base : la base de cette ulcération ne repose pas sur une tumeur mais les tissus voisins sont souvent plus gonflés, œdématiés et plus fermes que normalement, élastiques plutôt que réellement indurés.

Signes fonctionnels. — On relève une légère douleur, une très légère salivation, de la fétidité de l'haleine.

La *bouche :* c'est une ulcération qui siège presque exclusivement à la langue, rarement ailleurs, sauf sur la face interne des joues.

Les *ganglions :* sont souvent indemnes, sauf s'il y a infection.

Evolution : c'est une lésion qui persiste avec la cause et guérit avec l'ablation du chicot.

II. ULCERATION REPOSANT SUR UNE TUMEUR.

Nous aurons à étudier successivement : les ulcérations mycosiques, les ulcérations syphilitiques, les ulcérations cancéreuses.

a) Les **Mycoses.** — 1. Sporotrichose linguale. — C'est une affection rarissime. Atteignant la base de la langue, d'une coloration jaunâtre, elle présente une tendance à diffuser. Les bords sont irréguliers, déchiquetés et un pus épais, visqueux recouvre la surface. Pour poser le diagnostic il faut faire des cultures, rechercher la sporo-agglutination.

2. Actinomycose linguale. — Affection très rare également, elle a plutôt tendance à prendre la forme d'une actinomycose cervico-faciale qui a envahi le maxillaire, la peau, énucléé les dents, infiltré la langue. Des noyaux durs s'abcèdent, se fistulisent. Il y a une tendance nettement envahissante, seul l'iodure en amène la guérison.

b) Les **Ulcérations syphilitiques.** Les ulcérations indurées de la syphilis peuvent se voir au cours de la syphilis primaire, secondaire, tertiaire ou quaternaire.

1. L'Accident primaire. — *L'ulcération*, son aspect physique peut revêtir quatre formes essentielles : l'aspect érosif, papulleux, fissuraire, ulcéreux.

Le chancre typique : le chancre érosif est plus fréquent chez l'homme.

Siège : il affecte avec prédilection le tiers antérieur de la face dorsale de la langue (Fournier).

Aspect : le plus souvent arrondi, il offre la dimension d'une pièce de 0 fr. 50.

Fond : son fond est plat, lisse et superficiel, en coup de rasoir, c'est une exulcération. La surface en est propre, sans suppuration, rosée ou rouge sombre et tranchant nettement sur le reste de la muqueuse, tantôt d'une couleur jambonnée, chair musculaire, tantôt recouverte d'une fausse membrane grisâtre, d'aspect diphtéroïde (le centre étant occupé par la fausse membrane diphtéroïde, le pourtour restant rouge) ; cette ulcération n'a aucune tendance à saigner.

Les *bords* sont nets, réguliers (en réalité il n'existent pas à proprement parler).

La *base* est indurée, mais elle reste très limitée, présentant l'aspect classique parcheminé, en carte de visite, lamelleuse à recherche cartonnée.

Forme papuleuse. — Cette forme est plus rare, la base est ici hypertrophique, cartilagineuse, régulièrement surélevée en plateau, c'est un chancre érosif, induré, en pastille.

Forme fissuraire. — Affectant la pointe de la langue et les bords, elle offre l'aspect d'une crevasse.

Forme ulcéreuse. — Elle est beaucoup plus rare et reste discutée par certains auteurs. C'est une auto-ulcération, aux dépens de la tumeur elle-même.

Quelle que soit la forme, les signes fonctionnels sont nuls : ils n'existe pas ou très peu de douleur.

La *bouche :* l'ulcération est unique.

Les *ganglions* . l'adénopathie est précoce, sous-maxillaire, en pléïade, très importante et caractéristique.

L'*évolution* est fondamentale. L'ulcération évolue en quelques jours et se cicatrise en quinze jours ou trois semaines.

2. Les Plaques muqueuses papuleuses. (secondaire)

Papulo-érosives : se présentent arrondies, pastillaires et groupées en placard.

Papulo-hypertrophiques : celles-ci bossellent la langue qu'elles hérissent de mamelons pour donner l'aspect de la langue en dos de crapaud.

Ce sont des syphilides papulo-érosives qui végètent avec exubérance, à la base de la langue, au voisinage du V lingual où elles confluent. Elles ne donnent pas de douleurs vraies et s'accompagnent des autres signes de la syphilis.

3. Les Ulcérations tertiaires et celles de la Syphilis héréditaire tardive et qui se présentent sous l'aspect de : glossites scléreuses, ulcère trophique, gommes et tubercules, leucoplasie.

a) Les Glossites scléreuses qui peuvent être : superficielles (les plus fréquentes, mais très souvent méconnues), profondes.

1. *Glossite scléreuse superficielle corticale.*

Celle-ci porte exclusivement sur le derme muqueux. On peut distinguer deux formes :

La *glossite scléreuse superficielle en îlot*, dans laquelle se constitue un îlot de langue lisse, dépapillé, brillant, un peu opalin, vernissé, d'aspect érosif mais sans qu'il y ait d'érosion véritable. A la palpation, on trouve une légère induration lamelleuse, en îlots disséminés.

La *glossite scléreuse superficielle étendue*, où les îlots sont grands comme une pièce de dix francs. La plaque sclérosée est souvent parcourue par des sillons entrecroisés qui lui donnent un aspect parqueté (Fournier). Ces sillons deviennent assez souvent le siège de fissures douloureuses qui sont d'origine purement mécanique.

2. *Glossite scléreuse profonde.*

C'est la langue de Clarke, la cirrhose linguale syphilitique, la langue parquetée, due à une sclérose du derme et du tissu con-

jonctif interstitiel, étouffant les fibres musculaires. La 1/2 ou les 1/4 antérieurs de la langue sont tuméfiés en masse et d'une dureté ligneuse. La muqueuse est lisse, toutes les papilles ont disparu et la langue à ce niveau est de coloration rouge vif ou blanchâtre. Mais surtout la face dorsale est inégale, bosselée, mamelonnée. On trouve ainsi un aspect lobulé, les lobules étant séparés par des sillons parfois très profonds (1 cm.). Au fond des sillons se retrouvent souvent les fissures linéaires. C'est la langue parquetée de Clarke qui n'est pas douloureuse (douleurs minimes en cas d'ulcérations) et qui ne s'accompagne jamais d'adénopathies.

b) La LANGUE SCLÉRO-GOMMEUSE SYPHILITIQUE constitue un paragraphe intermédiaire avec le suivant.

Les ulcérations sont creusées dans un tissu de sclérose, il en résulte une nécrose en foyer d'abord sèche et caséeuse, puis ramollie.

La forme en est irrégulière, parfois anguleuse avec une induration ligneuse de la base. La réparation est extrêmement lente.

c) L'ULCÉRATION TUBERCULO-GOMMEUSE est assez rare : ce sont des ulcérations creusées dans un noyau.

Syphilide tuberculo-ulcéreuse. — On trouve un noyau superficiel, inclus dans la muqueuse et gros comme un pois, on assiste à la fonte d'un tubercule (tubercule étant pris au sens dermatologique).

Gomme. — L'infiltration est ici plus volumineuse. Un noyau du volume d'une cerise ou d'une noisette est situé sous la muqueuse. Il apparaît la sixième et la dixième année de la syphilis.

L'ulcération. Signes physiques. — *Siège :* son lieu d'élection est la face dorsale de la langue, elle est souvent multiple, au nombre de trois ou quatre.

Aspect : Elle présente les trois stades de : 1° gomme crue et dure ; 2° gomme ramollie ; 3° gomme ulcérée, ces divers stades coïncident le plus souvent. Parfois la langue paraît rembourrée de noisettes.

Fond : il est bourbillonneux, jaune grisâtre. Cratériforme et étroit, le centre est de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50, il est d'ailleurs très creux relativement à son étendue. Il est profond, en pleine langue. Il ne saigne pas.

Bords : rouge sombre, ils sont taillés à pic, en falaise, à l'emporte-pièce, non bourgeonnants. Les bords de la perte de substance qui résulte de la confluence de plusieurs ulcérations tertiaires ne sont pas grignotés, déchiquetés comme ceux de l'ulcère tuberculeux, mais polycycliques, assez largement desserrés « largement entaillés en arcades, à l'évidoir » (Darier).

Base : est légèrement indurée, infiltrée.

Signes fonctionnels. — Il n'y a pas de douleurs, les gommes ne sont jamais douloureuses.

La *bouche* peut présenter des ulcérations voisines.

Les *ganglions.* — Il n'existe pas d'adénopathie satellite.

Evolution. — La lésion est rarement phagédénique. Le plus souvent elle guérit facilement en laissant une cicatrice stellaire sous l'action des iodures.

d) L'ULCÈRE TROPHIQUE. LE MAL PERFORANT BUCCAL OU TABÉTIQUE. — Ici l'ulcération est indolore, elle a des bords taillés à pic avec un bourrelet périphérique. Elle siège souvent sur le rebord gingival.

e) La LEUCOPLASIE. — Elle est la signature de la syphilis héréditaire et affecte l'aspect de taches blanchâtres dues à la kératinisation. Au bout d'un certain temps elle s'épaissit et s'indure. D'une consistance alors parcheminée, sa surface peut se craqueler et se sillonner de fissures pour donner l'aspect de la leucoplasie fissuraire de Darier. A un degré de plus, elle se présente sous la forme de saillies irrégulières, dures, râpeuses donnant l'aspect de la langue de chat. Elle n'est pas douloureuse dans ces formes simples.

Les *Ulcères leucoplasiques décrits par Darier* sont assez fréquents et douloureux, sont de dimensions réduites. Au niveau des fissures de la plaque, on voit en les déplissant, des ulcérations le plus souvent linéaires, taillées comme avec la pointe d'un canif, tenaces, rebelles et le plus souvent récidivantes.

Ces ulcères sont en outre alarmants en ce qu'ils font craindre le développement de l'épithélioma. Ce qui est rassurant c'est que leur base n'est pas plus indurée que celle des surfaces voisines scléreuses.

La *dégénérescence cancéreuse.* — La leucoplasie est un cancer en puissance. Il faut se méfier des ulcères leucoplasiques qui : s'indurent (grosse valeur de l'induration de la base) ; deviennent végétants, exubérants, irréguliers ; saignent. Alors faire une biopsie.

C. Les **Ulcérations cancéreuses.**

L'Epithélioma lingual, qui constitue le diagnostic le plus important et le plus difficile et dont on retiendra ces caractères essentiels : évolue chez un homme âgé (40-60 ans), rôle de la leucoplasie, rôle des lésions ulcéreuses préexistantes, de forme le plus souvent spino-cellulaire, rarement baso-cellulaire.

L'Ulcération. Signes physiques. — *Siège :* la base et les bords de la langue ; il peut atteindre la face inférieure, ce que ne fait jamais la syphilis (Brocq).

Forme : irrégulière.

Bords : sont différents suivant la forme histologique :

Spino-cellulaire — bords éversés et renflés en un bourrelet épais, saillant et dur ;

Baso-cellulaire — souvent aucune saillie, les bords sont simplement taillés à pic.

Fond : ici aussi il affecte deux formes :

Forme végétante, où le fond est inégal, sanieux, hérissé de bourgeons durs et friables saignant facilement. C'est là une forme choufleurisante, reposant sur une tumeur volumineuse, exubérante.

Le néoplasme prolifère plus qu'il ne creuse (Professeur Bertin), saigne au moindre contact et parfois spontanément (petites hémorragies rares et peu importantes).

Forme rongeante, qui creuse profondément en même temps que les parties centrales du néoplasme se sphacèlent et se détruisent

Base : présente une induration ligneuse. Il s'agit avant tout d'une tumeur. Il y a infiltration de la langue, mais pas de limitation de l'induration. On trouve des adhérences, des pseudopodes.

Signes fonctionnels. — La lésion s'accompagne de douleurs atroces avec otalgie dès que le cancer est ulcéré. Il y a gêne des mouvements de la langue, salivation abondante, ichoreuse, fétide, fétidité de l'haleine.

Par ailleurs : au niveau de la bouche, la lésion est unique ; au niveau des *ganglions*, l'adénopathie est précoce surtout dans la forme spino-cellulaire ; les ganglions sont indépendants, mobiles, petits, extrêmement durs, tardivement ils deviennent adhérents et s'ulcèrent. Quelquefois les ganglions prennent le type inflammatoire.

Evolution. — La tendance constante à la prolifération se fait en bordure et par le fond. La cachexie buccale, la pneumonie, l'hémorragie aboutissent à la mort en un an à dix-huit mois.

2° Par le **laboratoire**, il comprend divers temps : l'examen bactériologique, l'examen sérologique, l'examen anatomo-pathologique.

A. EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE, se conduit par la recherche : des *bacilles de Koch* par l'examen direct, par l'inoculation au cobaye (on peut en considérer la présence comme constante dans les ulcérations tuberculeuses) ;

Du *fuso-spirille* dans les stomatites ;

De l'*actinomyces*, dans les grains jaunes de l'actinomycose ;

Des *spirochètes* par la méthode de Tribondeau-Fontana à l'ultramicroscope, examen qui est souvent positif dans le chancre, difficile dans les syphilides secondaires, négatif dans les gommes.

B. EXAMEN SÉROLOGIQUE dont la réaction de Bordet-Wassermann constitue la base ; il est positif 25 jours après le début du chancre, il est le plus souvent positif dans la syphilis secondaire, il a de la valeur, s'il est positif, dans le tertiarisme, mais sa réponse négative ne peut être prise en considération, il est négatif dans 95 % des cas dans la syphilis héréditaire tardive.

C. BIOPSIE : elle est essentielle pour le diagnostic du néoplasme. Mais, dans les cas difficiles, elle ne permet pas toujours le diagnostic entre la tuberculose et la syphilis. Quoi qu'il en soit, il ne faut jamais hésiter à la faire : c'est véritablement l'épreuve cruciale du diagnostic.

D. Autrefois on faisait le *traitement d'épreuve*. Mais l'iodure donne un coup de fouet à l'évolution du cancer et il active les lésions précancéreuses. Aussi est-ce un moyen diagnostic à rejeter complètement.

En **conclusion**, soulignons qu'aux aspects morphologiques divers que peuvent prendre les ulcérations de la langue correspondent des étiologies encore plus variées. Mais on restera toujours hanté par le spectre du cancer de la langue qui impose dans les cas où le diagnostic est douteux la *biopsie* suivie d'une intervention immédiate.

XXVI[e] Congrès français de médecine[(1)]

PREMIÈRE QUESTION : LA GÉNÉTIQUE

1[er] Rapport. — Maladies nerveuses systématisées et problèmes de l'hérédité, par M. LUDO VAN BOGAERT. — L'étude des documents anatomo-cliniques a permis un résumé de ce qu'apporte à la neurologie la connaissance de l'hérédité humaine. La génétique permet l'analyse de quelques affections nerveuses systématisées, aussi bien dans les types caractérisés que dans les formes frustes et dans les simples constitutions pathologiques ; l'étude des variations interfamiliales et intrafamiliales de certaines affections, celles de la famille névropathique, de la corrélation des hérédo-dégénérescences, celle des hérédo-dégénérescences nerveuses et des déterminations somatiques extra-neurales.

L'auteur sépare les affections abiotrophiques pures, de mécanisme entièrement obscur, les affections dégénératives métaboliques (lipidoses, déterminations hépato-cérébrales, etc...) les malformations congénitales, les dysplasies à tendance blastomateuses.

Il insiste sur la nécessité de s'attacher à l'étude des vastes groupes que forment les affections angio-lymphoneurotiques et les dysmorphoses cranio-squelettiques induites par les affections nerveuses.

Il est sans doute prématuré de rattacher au mode mendélien seul leur mode de transmission : « dominance pure et récessivité pure ne sont que les cas extrêmes de tous les modes d'hérédité possible » (Khrer et Curtius). La voie est ouverte grande aux généticiens et peut-être à côté d'eux aux physiciens, aux chimistes et aux mathématiciens.

2[e] Rapport. — Les applications médicales de la génétique. — M. R. TURPIN. — La conception chromosomique avec sa base expérimentale solide a contribué à enlever à l'hérédité un peu de son caractère mystérieux et incompréhensible. Mais bien des problèmes de génétique humaine demeurent particulièrement difficiles à résoudre : propriété du gène, sa transmission, ses mutations, ses rapports avec la sélection naturelle, ses conséquences sociales.

L'étude de la génétique dans ses rapports avec la destinée des maladies héréditaires et leur prophylaxie est encore à son début ; bien des progrès sont encore nécessaires.

3[e] Rapport. — Les facteurs héréditaires dans les maladies du sang. — M. LAMY. — Certaines maladies du sang sont, à n'en pas douter, héréditaires et leurs modalités de transmission connues avec exactitude : anémies par malformations globulaires constitutionnelles (ellipsocytose, anémies à hématies falciformes) transmises selon le type mendélien monomérique dominant. Peut-être aussi l'anémie de Cooley.

L'hémophilie est une maladie génotypique par présence d'un gène récessif porté par le chromosome X.

L'anémie pernicieuse dépend de la transmission héréditaire de l'achylie gastrique mais avec l'aide d'influences alimentaires qui finissent par l'extérioriser.

La chlorose et les anémies hypochromes sont peut-être aussi soumises à l'influence héréditaire.

Le cas des leucémies est encore douteux.

Même dans les purpuras hémorragiques et dans certaines anémies où le facteur extérieur paraît prédominer, il est peut-être excessif de faire entièrement abstraction d'un élément génotypique.

Certaines affections (anémie pernicieuse progressive) sont presque certainement de pathogénie mixte.

La maladie hémolytique et l'hémophilie sont des types d'affection héréditaire génotypique.

De telles notions n'empêchent nullement en pratique l'appel à des thérapeutiques correctrices (splénectomie, médication hémostatique, etc...). Elles permettent de prévoir la transmission de certaines tares à laquelle certains membres d'une descendance peuvent cependant échapper. Elles ont plus d'intérêt encore quand un facteur étranger associé est nécessaire à l'extériorisation d'une affection. Elles permettront une prophylaxie plus rationnelle et plus complète qui pourra trouver sa place ultérieurement dans la médecine préventive.

Discussion : M. ROSKAM (Liége).

(1) *(Suite.)* Voir *Gaz. Hôp.*, 1947, n° 44, p. 645.

En ce qui concerne les leucémies, il convient de tenir compte des travaux américains basés sur l'existence constatée de souches de souris leucémiques. En Allemagne également, on a cité des leucémies avec hérédité.

Héréditaires également sont la fibrinogénopénie et la fibrinogénohémie.

La maladie de Rendu-Osler présente peut-être quelquefois aussi un élément héréditaire.

On doit aussi s'attacher à mieux définir le normal et l'anormal dans les tests de l'hémostase spontanée chez les « petits saigneurs ».

Il y a enfin une diathèse probablement constitutionnelle hémophilohémogénique qu'on a pu suivre durant trois générations.

Il faudrait, sans doute, enfin, étudier de plus près l'hémophiloïde de Mas y Magro.

4[e] Rapport. — Hérédité des hémoagglutinogènes spécifiques de groupe. — M. CHRISTIAENS. — L'auteur s'attache à préciser l'hérédité de caractères normaux ; ses lois sont assez bien connues pour qu'on puisse en pratique en faire état dans certaines recherches (exclusion de paternité).

L'étude des groupes A et B et des sous-groupes qui s'y incorporent, celle de la théorie de Moureau sur la ségrégation du facteur conditionnel et du facteur d'intensification apportent un élément nouveau dont les incidences futures seront sans doute importantes.

On connaît mieux l'hérédité des facteurs M et N ; elle obéit aux lois classiques ; l'hérédité des facteurs P et S moins précisément déterminée paraît relativement simple aussi.

Le facteur Rhesus a pris une importance pratique considérable ; deux théories explicatives, de conséquences d'ailleurs apparentées, s'affrontent encore dans ce domaine.

L'auteur étudie enfin les conséquences des grossesses hétérospécifiques, la distinction entre les jumeaux par la détermination des hémoagglutinogènes et laisse prévoir l'importance théorique et les applications pratiques de l'étude des groupes sanguins.

Discussion : M. MOUREAU.

L'auteur insiste sur la différence en génétique entre les gènes, éléments héréditaires (tels que le facteur Rh) et les antigènes, éléments sérologiques (O). Les O sont en effet un élément positif bien qu'en génétique on ait tendance à en faire un élément négatif. On a sans succès étudié à cet égard des homo et des hétérozygotes au moyen de sérums. L'élément sérologique O a une existence réelle mais ne correspond pas à un élément récessif.

Parmi les éléments A on distingue actuellement toute une série de sous-groupes, de valeur graduée et gouvernée par des facteurs d'intensification. Dans ce domaine le « crossing over » nécessite de plus amples études.

Dans le groupe P il n'y a pas seulement des individus P + et des individus P —. Les sérums anti-P ont permis de déceler des intermédiaires entre les extrêmes.

En ce qui concerne le facteur Rh, Wiener et l'école américaine y voient seulement un élément sérologique. Fisher et Race et l'école britannique se basent sur des considérations mathématiques surajoutées. L'auteur considère que ce facteur doit se placer entre A, B, d'une part et les facteurs M, N, d'autre part.

A, B, donnent une isoagglutination ; M, N, n'en donnent pas. Au contraire Rh a une isoimunisation, mais elle est acquise et non pas naturelle. Enfin il existe des isoimmunanticorps C. D. E.

L'hésitation à opter pour une théorie tient en partie à la rareté des sérums nécessaires à une telle étude.

Communications. — Eczéma du nourrisson et hérédité. — M. WORINGER. — L'eczéma du nourrisson se développe sur un terrain allergique et est une réaction aux éléments usuels de l'alimentation d'une région. Les tests cutanés d'exploration y paraissent réellement fidèles.

L'aliment sensibilisant y est parfois des plus inattendus surtout pour un nourrisson : fruits crus, poisson, légumes divers, farine et même lait.

L'origine de la sensibilité est mal connue. Elle peut être transmise par le lait maternel mais on la rencontre aussi bien chez des nourrissons allaités en tous temps artificiellement. Dans ce cas, elle est certainement congénitale.

Il peut alors ou bien s'agir d'allergie intra-utérine ou bien s'agir d'une hérédité plus lointaine encore et transmise par les cellules germinatives.

Les cliniciens américains s'appuyant sur l'expérimentation envisagent l'allergie intra-utérine. M. Woringer apporte 2 observations où seule la seconde hypothèse peut être considérée.

L'hérédité eczémateuse peut remonter aux grands-parents et doit être recherchée sans négliger pour y arriver l'enquête parmi les collatéraux. Cette hérédité paraît plus souvent maternelle que paternelle. Mais la tare ancestrale peut épargner certains d'entre les descendants. Les garçons paraissent plus souvent atteints que les filles. Il y a une grande fidélité de l'allergène dans une même famille et d'une génération à l'autre.

C'est donc l'allergie elle-même qui se transmet.

L'allergie respiratoire, héréditaire, contrairement à l'allergie digestive est rarissime si même elle existe ; au cours de l'existence leurs évolutions respectives sont inverses.

L'allergie acquise peut donc devenir phénomène transmissible héréditairement et réaliser une véritable mutation.

Insuffisance hépatique de l'enfance. — M. Woringer. — Parmi les insuffisances hépatiques, traditionnellement rattachées à l'arthritisme, certaines sont à coup sûr héréditaires.

L'auteur fixe les caractères cliniques d'une dyshépatie lipidogène avec gros foie douloureux, troubles digestifs et troubles généraux subjectifs et objectifs, troubles du caractère et où un régime absolument dépourvu de toute graisse donne une amélioration subjective et fonctionnelle rapide et constante. Même le lait et le beurre frais doivent être proscrits ; au contraire, glucides et lipides sont très bien supportés.

Ces manifestations ont des rapports certains avec les maladies hépatobiliaires de l'adulte et forment le stade le plus précoce des futures lithiases biliaires.

La répartition familiale en est très nette ; l'hérédité en est certaine, particulièrement efficiente lorsque bilatérale. L'alimentation a une influence uniquement déclenchante.

La prédisposition existe dès la naissance, bien qu'elle puisse ne se traduire qu'à une époque plus tardive de la vie.

Un certain nombre de faits cliniques rattachés à l'arthritisme trouvent ici définition et explication.

(A suivre.) R. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 10 novembre 1947

L'avenir du café dans nos colonies. — M. Auguste Chevalier étudiant différents plants de café de Madagascar, indique que dans cette île, à côté du *Coffea Arabica*, ainsi nommé parce qu'il n'y en a jamais eu en Arabie, mais justement estimé, existent différentes espèces, dont un café dépourvu de caféine qui pourrait trouver un débouché certain.

D'autres plants se trouvent en Afrique, ils sont extrêmement variés : depuis un caféier nain de 25 cm. de haut, dont les grains sont très peu nombreux jusqu'à un véritable arbre le *Coffea alta* que M. Chevalier a observé sur les bords du Chari et dont les grains, très abondants, sont excellents.

Si le café a diparu dans certaines parties du monde, comme à Ceylan, il en prospère dans d'autres endroits : Brésil, Antilles, Australie et Nouvelle-Calédonie et notamment en A.O.F. Il ne faut pas juger le café de notre empire d'après celui qu'on nous distribue qui est le *Coffea robusta*, acclimaté depuis peu. En A.O.F. nous avons de l'excellent arabica. Seules les difficultés de transport s'opposent à son importation. Récemment, à Dakar, 30.000 tonnes de café attendaient un bateau.

Le rôle antibiotique de la clitocybine. — Le professeur Roger Heim (du muséum) présente une note de M. Marcel Locquin qui a extrait de certains champignons cyanogénétiques un hétéroside qui pourrait expliquer le rôle antibiotique de la clitocybine extraite par le Dr Ch. Hollande du *Clitocybe candida*. On sait que ce dernier avait mis en évidence une action de cette substance vis-à-vis du bacille de Koch et de nombreuses autres bactéries. L'étude de M. Locquin semble confirmer l'hypothèse précédemment émise également par M. R. Heim sur le rôle possible de l'acide cyanhydrique dans l'action ablotique de certains champignons supérieurs.

Cette note amène une discussion :

M. Gabriel Bertrand estime que l'action de ces champignons est antibiotique.

M. Lapicque les considère plutôt comme des bactériostatiques.

Assistaient à la séance MM. le professeur H.-C. Urey, de Chicago, prix Nobel pour sa découverte du dentérium (eau lourde) ; J.-D. Bernal, membre de la Royal Society de Londres, président de l'Association des travailleurs scientifiques britanniques ; J.-G. Crowther, secrétaire général de la Fédération mondiale scientifique ; le professeur Saha, de Calcutta (Indes).

ACADEMIE DE PHARMACIE

Séance du 5 novembre 1947

Importance relative des voies sanguine et lymphatique pour l'absorption des substances médicamenteuses et toxiques. — M. R. Fabre, Mlle M.-T. Régnier, M. E. Grasset. — Etude du cas des sulfamides administrés par diverses voies et des salicylates administrés de même soit seuls soit additionnés de bicarbonate de sodium. L'importance de la voie lymphatique apparaît très notable quel que soit le mode d'administration. A noter l'action retardatrice du bicarbonate de sodium sur l'absorption du salicylate, ce qui présente un intérêt thérapeutique incontestable.

Recherches sur la phytase. — M. J. Courtois. — Répartition, spécificité, action des effecteurs, importance en hygiène alimentaire.

Contribution à l'étude des protéolysats. — MM. G. Schuster et G. Aufauvre. — Répartition des diverses formes de l'azote, teneur en divers amino-acides.

Examen des caractères physiques des excipients pour suppositoires. — M. P. Malangeau. — Présentation d'un appareil permettant d'en apprécier la résistance mécanique. Résultats obtenus.

Le Congrès International de Pharmacie de Zurich. — M. P. Domange.

Le dilumètre. — M. L. Delestrac. — Pipette capillaire dont les traits de jauge sont remplacés par des graduations en mm. de lecture facile.

CHRONIQUE

La médaille jubilaire du Professeur Louis Rimbaud de Montpellier

Le Jubilé du professeur Rimbaud a été célébré le 5 novembre dernier à la Faculté de Montpellier dans la noble salle des Actes. M. le Doyen Gaston Giraud présidait en l'absence du président d'honneur, M. le recteur Sarrailh, en mission à Mexico.

En dépit d'une grande affluence, cette fête a gardé le caractère d'intimité qui lui convenait. Seuls étaient présents dans l'hémicycle les membres du comité d'organisation et les collègues du professeur Rimbaud. Dans la salle se pressaient nombreux, ses amis et les étudiants.

M. le Doyen donna d'abord lecture d'une lettre très chaleureuse de M. le Recteur Sarrailh et il excusa plusieurs des membres du comité d'organisation. Puis, s'adressant au professeur Rimbaud il retraça d'une façon charmante, avec toute la chaleur de son amitié, les étapes de la carrière et de l'œuvre d'un maître qui laisse derrière lui une école si riche de promesses.

Successivement, prirent alors la parole, le Dr Passouant, au nom des plus jeunes élèves du professeur Rimbaud : le professeur Carrère, au nom de l'Ordre régional des médecins : les professeurs Ducuing, de Toulouse, Minet, de Lille, Henri Roger, de Marseille. Le professeur Maurice Roch, de Genève, qui est docteur « honoris causa » de l'Université de Montpellier, parla au nom des collègues étrangers. Le professeur Jeanbrau se fit l'interprète de ses amis, le professeur Boulet, enfin, qui succède au professeur Rimbaud dans la chaire de clinique médicale parla au nom des plus anciens élèves et du comité d'organisation.

Parmi ces hommages, ceux des professeurs Minet et Jeanbrau furent empreints d'une note personnelle et particulièrement affectueuse, en raison de l'amitié très étroite qui les a toujours liés avec Louis Rimbaud.

Au professeur Boulet était revenu la mission de retracer dans les détails l'œuvre scientifique et hospitalière accomplie par le professeur Rimbaud au cours de ses 25 années d'enseignement magistral, de ses 40 années de vie universitaire, de ses 50 années de vie hospitalière. Il sut admirablement faire revivre l'atmosphère laborieuse et familiale du service de son ancien maître.

Surmontant avec peine une bien légitime émotion, M. le professeur Rimbaud répondit à chacun dans les termes les plus heureux. Sa péroraison fut une noble profession de foi dans laquelle il résuma les idées directrices qui l'ont guidé pendant toute sa carrière.

Le beau médaillon de bronze dû au sculpteur Dropsy fut alors remis au professeur Rimbaud par M. le professeur Boulet.

Cérémonie émouvante, a pu dire M. le doyen Giraud, que cet hommage qui a groupé autour d'un Maître, au terme de sa carrière universitaire, une foule considérable d'amis et d'élèves. Cet hommage, certes, s'adressait au chef d'une grande Ecole médicale, à l'éminent consultant régional, à l'auteur de précis didactiques unanimement appréciés, mais il honorait aussi l'administrateur des hospices, celui qui n'a jamais cessé, tant qu'il en eut la charge de développer le centre hospitalier de Montpellier, de construire et d'aménager, et dont le nom restera toujours attaché à l'édification des cliniques Saint-Charles.

Qu'il soit permis aux vieux amis retenus loin de Montpellier, de s'associer avec ferveur à l'hommage rendu au maître qui prend sa retraite. Pour eux, qui ont connu Rimbaud dès sa jeunesse, alors qu'il était chef de clinique du professeur Grasset, qui l'ont suivi avec affection, qui ont été admis dans son foyer familial, son ascension si belle, si droite, ne faisait pas de doute.

Au soir de sa vie, le maître peut se dire avec une juste fierté, qu'il a été digne de la grande lignée de ses illustres devanciers de la Faculté de Montpellier.

F. L. S.

INTERETS PROFESSIONNELS

La suppression du ministère de la Santé publique

Lors de sa « réforme de structure », le gouvernement Ramadier s'est amputé du ministère de la Santé publique et la grande presse l'a trop peu souligné. Les économies sont nécessaires, mais seules sont profitables celles qui sont judicieuses. Le mépris justifié et trop silencieux du grand public pour les ébats des parlementaires ne doit pas lui cacher les dangers réels auxquels l'exposent sans hésiter des politiciens en désarroi.

Depuis trente ans, le ministère de la Santé a prouvé sa nécessité, si imparfait qu'il ait pu être et les médecins lui ont sacrifié, en connaissance de leurs devoirs, un peu de leur indépendance.

Aussi les médecins approuvent-ils sans réserve la protestation de leur Conseil de l'Ordre que son président, le professeur Portes, est allé notifier au chef du gouvernement et à celui de l'Etat.

Tous les médecins jugent rétrograde la suppression du ministère de la Santé.

Tous les médecins jugent que certains problèmes ne peuvent être bien posés et bien résolus que si l'on ajuste impartialement, et dans un esprit réaliste, ce qui est médical et ce qui est administratif ; le ministère de la Santé publique y réussissait de façon acceptable.

Tous les médecins jugent que la politique a bien trop nui déjà à la santé des Français, par ses lubies en matière de ravitaillement, par exemple ; on ne saurait livrer au combinardisme parlementaire les mesures d'hygiène générale plus que jamais importantes (on dit qu'il y a par là-bas du choléra...). Un organisme médical autonome est nécessaire dans le gouvernement.

Les médecins n'admettent pas d'être annexés (ou déportés) au ministère du Travail ; ils connaissent d'expérience son état d'esprit partisan et aveuglément antimédical, ainsi que ses procédés dictatoriaux. Dans son domaine propre de la médecine et de l'hygiène du travail, les médecins ont à grand'peine limité les dégâts. Les médecins n'admettent pas que dans la suppression de la Santé publique, le ministère du Travail trouve de plus grands moyens de nuire à la santé des Français, qui n'est pas une piste pour les acrobatics partisanes.

R. L.

Un vœu de l'Académie nationale de médecine

L'Académie nationale de médecine, émue de la suppression du ministère de la Santé publique et de la Population, et des conséquences regrettables que cette mesure peut avoir sur l'organisation et la défense sanitaire du pays,

Emet le vœu que ce ministère soit rétabli dans son autonomie et avec l'autorité nécessaire pour maintenir et assurer l'action des services de la Santé publique. (Voté à l'unanimité, séance du 18 novembre 1947.)

Conseil départemental de la Seine de l'Ordre national des médecins

1° Certificats de régime n° 1. — Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins tient à préciser que la décision fixant la valabilité des régimes n° 1, portée à cinq jours, a été prise sans que le Conseil de l'Ordre ait été consulté.

La solution, à cet égard, proposée conjointement par l'Académie et par l'Ordre, a été exposée par le Dr Lesne, au nom de l'Académie, et par le Dr J.-R. Debray, au nom du Conseil de l'Ordre, au ministère de la Santé publique, le jeudi 6 novembre, lors de la réunion d'une commission dans laquelle le ministère du Ravitaillement était représenté. La formule proposée est que le régime n° 1 soit valable 10 jours et que son renouvellement soit variable suivant la maladie. Un système de contrôle de ce renouvellement a été prévu.

Le Conseil départemental fait toutes réserves sur les inconvénients graves que présente, pour certains malades, la formule actuellement pratiquée.

2° Utilisation du carnet a souche pour la prescription des stupéfiants. — Un communiqué du ministère de la Santé a précisé récemment que l'usage du carnet à souche sera obligatoire dans le département de la Seine à partir du 1er décembre 1947.

Tous les médecins du département ont reçu, ou recevront en temps utile, une lettre relative à la distribution du « carnet de toxiques ». Ce carnet a été établi suivant un modèle paru au « Journal Officiel » du 26 mai 1946. Sur chaque formule d'ordonnance figure la mention : « Cachet du Conseil départemental ». Dans un but de simplification et en accord avec le ministère de la Santé, ces formules d'ordonnance sont dispensées de l'apposition du cachet.

A propos de l'attribution insuffisante d'essence aux médecins

Le Dr Bernard Lafay, conseiller de la République, vient d'adresser, le 7 novembre 1947, à M. le Ministre de l'Economie nationale, une question écrite : Il expose que le Comité économique interministériel, dans sa séance du 26 août 1947, a décidé de suspendre, pendant le deuxième semestre 1947, les importations de marchandises payables en dollars, sauf certaines exceptions. Malgré le maintien des contrats antérieurs passés par le Groupement d'achat des carburants, le contingent mensuel mis à la disposition de la consommation civile, qui s'établissait antérieurement aux environs de 200.000 m³ a été ramené à 130.000 m³. La part réservée aux médecins et sages-femmes sur ce contingent s'avérait déjà très faible avant septembre 1947, puisqu'elle ne représentait que 2,80 % de l'ensemble. A maintes reprises, l'attention des pouvoirs publics a été attirée sur le péril grave encouru par la Santé publique à raison de l'insuffisance des dotations en essence et matériel automobile accordées aux médecins et sages-femmes.

La décision du 26 août dernier a entraîné de nouvelles et graves restrictions de cet ordre s'établissant au chiffre très élevé de 20 %. Le Corps médical n'est plus en mesure d'apporter à une population ayant souffert pendant de longues années et encore sous-alimentée, le secours que la situation sanitaire exige.

Le Conseil des Ministres, dans sa séance du 22 novembre 1947, a décidé d'autoriser des achats supplémentaires de produits pétroliers qui, pour la Métropole, atteignent le chiffre très important de 9.700.000 dollars. Les pouvoirs publics disposent ainsi d'une marge élevée qui doit leur permettre de remédier à la situation critique de la santé publique exposée ci-dessus.

Le Dr Lafay demande quelles mesures M. le Ministre de l'Economie nationale compte prendre pour rétablir d'urgence les dotations antérieures d'essence des médecins et sages-femmes et même les augmenter en les portant au niveau des besoins.

Des autos pour les médecins

Le ministère des Affaires économiques communique :

« A l'occasion de la répartition du contingent global de voitures de tourisme du quatrième trimestre, M. Jules Moch, ministre des Affaires économiques, a tenu à faire bénéficier le corps médical d'attributions exceptionnellement favorables. Il a décidé de mettre à la disposition des médecins de province un contingent supplémentaire de 700 voitures, portant ainsi à 1.000 — sur un total d'environ 3.000 voitures réservées au marché français — le nombre de véhicules affectés au corps médical. »

Service des retraites de l'Association générale des médecins de France. — L'A. G. a le plaisir d'informer les confrères :

1° Que le montant des rentes susceptibles d'être souscrites à son Service des retraites a été porté à 150.000 francs, soit possibilité de s'assurer 300.000 francs pour un ménage ;

2° Le taux d'intérêt de la Caisse Nationale des retraites pour la vieillesse ayant été relevé à la date du 1er octobre, le tarif se trouve désormais plus avantageux et l'A. G. se tient à la disposition des confrères pour tous renseignements complémentaires au cas où la constitution d'une retraite les intéresserait.

COURS

Cours et Travaux pratiques d'hygiène et de toxicologie industrielle

Professeur René Fabre, doyen de la Faculté de pharmacie.

Les cours ont lieu le samedi de 16 heures à 18 heures, au Laboratoire de clinique chirurgicale, hôpital Necker-Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris (15e).

15 novembre : 1. Introduction à l'étude de l'hygiène et de la toxicologie industrielle. — 2. L'air des locaux de travail. Les pollutions de l'air d'origine physiologique ; leur correction.

22 novembre : 3. Les pollutions de l'air d'origine industrielle. Les fumées et poussières industrielles. — 4. La protection contre les poussières et les fumées industrielles. Protection collective et individuelle.

29 novembre : 5. Le travail et la poussière. — 6. Les radiations et leur importance en hygiène du travail. Radiations infra-rouges ; ultra-violettes ; électriques ; radiations X et radiations des radio-éléments.

6 décembre : 7. Chauffage des locaux de travail. Combustibles industriels. Moyens de chauffage. — 8. Eclairage des locaux de travail.

13 décembre : 9. Les eaux dans l'industrie. Les eaux d'adduction dans l'industrie. — 10. Eaux résiduaires dans l'industrie.

20 décembre : 11. Les conditions hygiéniques du travail sous l'influence des différents facteurs physiques. Le travail et la température. Le travail et la chaleur sèche. — 12. Le travail et la chaleur humide. Le travail à basse température. — 13. Le travail et l'électricité. Le travail et le bruit.

10 janvier : 14. Nettoyage et désinfection des locaux de travail. — 15. Installations hygiéniques dans les locaux de travail.

17 janvier : 16. Gaz et vapeurs toxiques. Halogènes et dérivés. — 17. Hydrogène sulfuré. Anhydre sulfureux. Acide sulfurique.

24 janvier : 18. Ammoniaque. Oxyde de l'azote. Acide azotique. — 19. Hydrogène phosphoré. Hydrogène arsénié. Arsines.

31 janvier : 20. Oxyde de carbone. Gaz de houille. Gaz à l'eau. Gaz pauvre. — 21. Grisou. Métaux carbonyles. Anhydride carbonique.

7 février : 22. Acide cyanhydrique. Cyanures. Cyanamide calcique. — 23. Solvants industriels. Produits retirés des pétroles.

14 février : 24. Produits retirés des goudrons. — 25. Les solvants chlorés acycliques.

21 février : 26. Dérivés chlorés des carbures cycliques. Sulfure de carbone. — 27. Textiles artificiels. Matières colorantes. Dérivés nitrés et aminés des carbures cycliques.

28 février : 28. Phénols. Dérivés halogénés et nitrés. Explosifs. — 29. Métalloïdes. Sélénium. Phosphore. Silice et silicates.

6 mars : 30. Arsenic et dérivés. Antimoine. — 31. Métaux. Plomb, cuivre, cadmium, thallium.

13 mars : 32 Mercure. Chrome. Zinc. Manganèse. — 33. Chaux. Mortiers et ciments. Baryum. Alcalis caustiques. Hypochlorites.

Faculté de Médecine de Paris
Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicale

Sous la direction de MM. les professeurs A. Strohl, H. Desgrez, du Dr Ledoux-Lebard, de Mme I. Joliot-Curie et du Dr Lacassagne, avec la collaboration des médecins électro-radiologistes des hôpitaux de Paris, un cours de physique-radiodiagnostic s'est ouvert à la Faculté : amphithéâtre de physique, le 12 novembre, à 18 heures. Il se continuera tous les jours à la même heure, dimanches exceptés, jusqu'au 20 décembre et il reprendra le 5 janvier 1948.

Des démonstrations, des travaux pratiques et des stages sont également prévus. Pour tous renseignements détaillés et inscriptions, consulter les affiches.



Dépôt légal. — 1947. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

25/ N° 49. — SAMEDI 6 DECEMBRE 1947 — 120e ANNEE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e), Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

La Réforme du Concours de l'Internat en médecine

L'Administration Générale de l'Assistance Publique à Paris a mis à l'étude la réforme du règlement actuel du concours de l'Internat en médecine des Hôpitaux de Paris. CETTE RÉFORME ENTRERAIT EN VIGUEUR DÈS LE CONCOURS D'OCTOBRE 1949 ; LE CONCOURS D'OCTOBRE 1948 RESTE RÉGI PAR LE RÈGLEMENT ACTUEL.

Les principales modalités de la réforme envisagée sont les suivantes :

A) Le concours comportera des épreuves écrites et des épreuves orales.

I. — Les épreuves écrites seront au nombre de quatre :

Une épreuve d'anatomie cotée sur 15 :

— Une épreuve de physiologie cotée sur 15 ;

— Une épreuve de pathologie médicale cotée sur 20 ;

— Une épreuve de pathologie chirurgicale cotée sur 20.

II. — Les épreuves orales seront au nombre de deux :

— Une épreuve de pathologie médicale cotée sur 15 ;

— Une épreuve de pathologie chirurgicale ou d'obstétrique cotée sur 15.

III. — Les sujets à traiter à l'écrit seront tirés au sort sur un programme préalablement établi et révisable au moins un an à l'avance par les syndicats des différentes disciplines. Les questions sorties aux concours précédents ne seront pas éliminées.

IV. — Les questions d'oral seront tirées au sort parmi trois questions choisies par le jury sur la liste des questions du programme d'oral et d'écrit.

V. — Pour les épreuves écrites le libellé des questions d'anatomie, de pathologie médicale et chirurgicale sera rédigé par le jury comme il le désirera, par contre la question de physiologie devra être libellée telle qu'elle figure au programme.

VI. — Le libellé des question d'oral sera rédigé par le jury comme il le désirera.

VII. — Le temps de rédaction de chaque épreuve écrite sera de une heure après une heure de réflexion.

Pour l'oral, le temps d'exposition reste de dix minutes pour l'ensemble des deux questions, après 20 minutes de préparation au total.

VIII. — Les épreuves écrites restent anonymes. Les notes des épreuves écrites continueront à être dévoilées avant les épreuves orales.

B) Le programme du concours (épreuves écrites et épreuves orales) sera le suivant :

Ecrit — Programme d'Anatomie

1. Ventricules cérébraux. 2. Quatrième ventricule. 3. Hypophyse. 4. Artères du cerveau. 5. Voies descendantes de la motilité. 6. Voies ascendantes de la sensibilité. 7. Voies cérébelleuses. 8. Voies optiques. 9. Nerf trijumeau. 10. Nerf facial. 11. Pneumogastrique et ses branches. 12. Nerfs moteurs de l'œil. 13. Racines rachidiennes. 14. Veines jugulaires. 15. Carotide interne. 16. Carotide externe et ses branches. 17. Sympathique cervical. 18. Nerfs et vaisseaux de la langue. 19. Nerf phrénique. 20. Trachée. 21. Corps thyroïde. 22. Région parotidienne. 23. Région sous-maxillaire. 24. Région susclaviculaire. 25. Veine cave supérieure. 26. Œsophage. 27. Cœur (vaisseaux et nerfs du cœur). 28. Péricarde. 29. Pédicules pulmonaires. 30. Diaphragme. 31. Nerfs splanchniques et plexus solaire. 32. Veine cave inférieure. 33. Estomac et ses vaisseaux. 34. Intestin grêle et ses vaisseaux. 35. Duodénum. 36. Colon et ses vaisseaux. 37. Voies biliaires. 38. Pancréas. 39. Rein et ses vaisseaux. 40. Capsules surrénales. 41. Veine porte. 42. Arrière cavité des épiploons et rate. 43. Tronc cœliaque et ses branches. 44. Muscle psoas iliaque. 45. Uretère. 46. Vessie. 47. Urètre et prostate. 48. Canal déférent. 49. Utérus et ses vaisseaux. 50. Ovaires et ligament large. 51. Releveur de l'anus. 52. Rectum et ses vaisseaux. 53. Vaisseaux et nerfs honteux internes. 54. Région fessière. 55. Triangle de Scarpa. 56. Artère fémorale. 57. Nerf obturateur. 58. Creux poplité. 59. Nerf grand sciatique et ses branches. 60. Artères de jambe. 61. Creux de l'aisselle. 62. Gaine des fléchisseurs des doigts et espaces celluleux de la main. 63. Nerf médian. 64. Nerf radial. 65. Nerf cubital.

Ecrit — Programme de Physiologie

1. Coagulation sanguine. 2. Groupes sanguins et applications à la transfusion sanguine. 3. Etude physiologique de l'hémorragie. 4. Hématopoïèse. 5. Faisceau de His. 6. Innervation extrinsèque du cœur. 7. Mécanisme régulateur de la tension artérielle. 8. Physiologie des nerfs vasomoteurs. 9. Circulation pulmonaire — phénomènes chimiques et échanges gazeux dans les poumons. 10. Phénomènes mécaniques de la respiration et innervation respiratoire. 11. Anoxie. 12. Digestion stomacale — phénomènes mécaniques et chimiques. 13. Digestion intestinale — phénomènes mécaniques et chimiques, sécrétion pancréatique externe. 14. Fonctions biliaires. 15. Métabolisme et digestion des protides. 16. Métabolisme et digestion des lipides. 17. Métabolisme et digestion des glucides, fonction glycogénique. 18. Vitamines liposolubles. 19. Vitamines hydroso-

lubles. 20. Rations alimentaires. 21. Physiologie du corps thyroïde. 22. Physiologie des parathyroïdes. 23. Physiologie de l'antéhypophyse. 24. Physiologie du pancréas endocrinien. 25. Physiologie de la surrénale. 26. Physiologie des hormones sexuelles femelles. 27. Physiologie des hormones sexuelles mâles. 28. Physiologie du tube urinifère. 29. Régulation thermique. 30. Physiologie des réflexes médullaires. 31. Physiologie du cervelet. 32. Physiologie du liquide céphalo-rachidien. 33. Métabolisme basal (son principe et ses applications).

Ecrit. Programme de Pathologie médicale

Maladies infectieuses. — 1. Rhumatisme blennorrhagique. 2-3. Scarlatine. 4. Rougeole. 5-6. Diphtérie. 7. Tétanos 8-9. Rhumatisme articulaire aigu. 10-11-12. Fièvre typhoïde. 13. Dysenterie amibienne. 14. Streptococcémies. 15. Chancre syphilitique. 16. Spirochétose ictéro-hemorragique.

Cœur et vaisseaux. — 17. Insuffisance cardiaque. 18. Angine de poitrine. 19. Péricardites aiguës. 20. Endocardites malignes. 21. Rétrécissement mitral. 22. Insuffisance aortique. 23. Anévrisme de la crosse de l'aorte. 24. Phlébite des membres inférieurs. 25. Accidents de l'hypertension artérielle permanente. 26. Aortites syphilitiques. 27. Accidents pleuro-pulmonaires des cardiopathies.

Voies respiratoires. — 28. Abcès du poumon. 29. Dilatation des bronches. 30. Pneumonie. 31. Broncho-pneumonie. 32. Œdème aigu du poumon. 33. Gangrène pulmonaire. 34. Embolies pulmonaires. 35. Primo-infection tuberculeuse. 36. Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse de l'adulte. 37. Tuberculose pulmonaire aiguë 38. Pneumothorax. 39. Hémoptysies. 40. Pleurésies purulentes aiguës. 41. Pleurésies séro-fibrineuses. 42. Syndromes médiastinaux. 43. Cancer broncho-pulmonaire.

Tube digestif. — 44. Hématémèses. 45. Ulcère gastro-duodénal (sans les complications). 46. Péritonites tuberculeuses. 47. Cancer du pancréas.

Foie. — 48. Ictères chroniques. 49. Ictères graves. 50. Cirrhoses alcooliques. 51. Cancer du foie.

Rein. — 52. Néphrites aiguës. 53. Néphrites chroniques. 54. Anuries.

Glandes endocrines. — 55. Goitre exophtalmique. 56. Myxœdème. 57. Insuffisance surrénale. 58. Syndromes hypophysaires.

Sang. — 59. Les anémies pernicieuses. 60. Leucémies chroniques. 61. Maladie de Hodgkin. 62. Diagnostic des splénomégalies.

Nutrition. — 63 et 64. Diabète.

Intoxications. — 65. Intoxication par l'oxyde de carbone. 66. Intoxication par les arsenicaux organiques.

Système nerveux. — 67. Maladie de Heine-Medin. 68. Encéphalite épidémique. 69. Polynévrites. 70. Hémiplégies. 71. Paraplégie. 72. Méningite cérébro-spinale à méningocoques. 73. Méningite tuberculeuse. 74. Hémorragie méningée. 75. Syndrome d'hypertension intracranienne. 76 et 77. Tabès. 78. Epilepsie Bravais-Jacksonnienne. 79. Diagnostic des comas. 80. Compressions de la moelle.

Ecrit
Programme de pathologie chirurgicale

Pathologie générale. — 1. Plaies des parties molles et leurs complications. 2. Plaies artérielles. 3. Anévrismes artériels. 4. Anévrismes artério-veineux. 5. Fractures ouvertes. 6. Ostéomyélite. 7. Tumeurs primitives des os. 8. Artérites des membres inférieurs.

Tête, cou, thorax, rachis. — 9. Traumatismes craniaux-cérébraux. 10. Cancer de la langue. 11. Goitre. 12. Plaies pleuro-pulmonaires. 13. Plaies du cœur. 14. Tumeurs du sein. 15. Mal de Pott. 16. Fracture du rachis

Abdomen. — 17. Contusions de l'abdomen. 18. Plaies de l'abdomen. 19. Etranglement herniaire. 20. Cholécystite. 21. Lithiase du cholédoque. 22. Pancréatites aiguës. 23. Kystes hydatiques du foie. 24. Complications des ulcères gastro-duodénaux. 25. Cancer de l'estomac. 26. Occlusion intestinale aiguë. 27. Appendicite aiguë et ses complications. 28. Cancer du gros intestin. 29. Invagination intestinale aiguë. 30. Cancer du rectum.

Appareil urinaire, appareil génital. — 31. Lithiase rénale. 32. Cancer du rein. 33. Phlegmon périnéphrétique. 34. Tuberculose du rein. 35. Cancer du testicule. 36. Tuberculose épididymo-testiculaire. 37. Grossesse extra-utérine. 38. Fibrome utérin. 39. Cancer du col de l'utérus. 40. Diagnostic des métrorragies. 41. Infections utéro-annexielles. 42. Complications de l'avortement. 43. Kystes de l'ovaire.

Bassin et membres. — 44. Fracture du bassin. 45. Traumatismes de l'épaule. 46. Traumatisme du coude. 47. Fracture du col du fémur. 48. Traumatismes du genou. 49. Fractures de jambe. 50. Fractures bi-malléolaires. 51. Coxalgie. 52. Tuberculose du genou. 53. Phlegmon de la main et des gaines synoviales.

Oral — Pathologie chirurgicale

Pathologie générale. — Brûlures. — Plaies des nerfs. — Plaies articulaires. — Entorses. — Complications des fractures fermées. — Corps étrangers articulaires. — Furoncle et anthrax. — Kystes des os. — Fractures spontanées.

Tête, cou thorax. — Abcès du cerveau. — Diagnostic des ulcérations linguales. — Phlegmons gangréneux du plancher de la bouche. — Adéno-phlegmons du cou. — Diagnostic des adénopathies cervicales chroniques. — Tumeurs de la parotide. — Fracture du maxillaire inférieur. — Cancer de l'œsophage. — Rétrécissement de l'œsophage. — Abcès froid thoracique. — Fracture de côtes. — Abcès du sein.

Abdomen. — Tuberculose iléo-cæcale. — Rétrécissements inflammatoires du rectum. — Abcès sous-phréniques. — Hernie crurale. — Hernie inguinale. — Hernie ombilicale.

Appareil urinaire, appareil génital. — Anurie calculeuse. — Rétention d'urine. — Hydronéphrose. — Diagnostic des hématuries. — Phlegmons péri-urétraux. — Hydrocèle vaginale. — Diagnostic des orchi-épididymites aiguës. — Torsion du testicule et de ses annexes. — Hypertrophie de la prostate. — Rupture de l'urètre. — Cancer du corps de l'utérus.

Bassin, membres. — Sacro-coxalgie. — Fracture de la clavicule. — Fracture de la diaphyse humérale. — Fracture des deux os de l'avant-bras. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius. — Traumatismes fermés du carpe. — Tuberculose de l'articulation de l'épaule. — Tuberculose de l'articulation du coude. — Tuberculose de l'articulation du poignet. — Synovites tuberculeuses des fléchisseurs. — Panaris. — Luxation traumatique de la hanche. — Fracture de la diaphyse fémorale. — Fracture de l'extrémité inférieure du fémur. — Fracture de la rotule. — Fracture du calcanéum. — Tuberculose de l'articulation tibio-tarsienne.

Obstétrique. — Diagnostic de la grossesse au quatrième mois. — Examen clinique d'une femme enceinte à terme. — Présentation de l'épaule. — Placenta prævia. — Hémorragie rétro-placentaire. — Eclampsie. — Accidents de la délivrance. — Mort apparente du nouveau-né.

Oral — Pathologie médicale

Croup. — Erysipèle de la face. — Zona. — Coqueluche. — Varicelle. — Oreillons. — Vaccine. — Erythème noueux. — Brucelloses. Accès palustre. — Dysenterie bacillaire. — Accidents cutanéo-muqueux de la syphilis secondaire. — Pouls lent permanent. — Insuffisance mitrale. — Infarctus du myocarde. — Péricardite tuberculeuse. — Epistaxis. — Complications des otites aiguës. — Asthme. — Œdème de la glotte. — Diagnostic et traitement des dyspnées laryngées. — Accidents du pneumothorax thérapeutique. — Angines aiguës. — Phlegmon de l'amygdale. — Chancre de l'amygdale. — Diagnostic des melæna. — Tuberculose intestinale. — Colique hépatique. — Abcès du foie. — Ictères infectieux. — Pyélonéphrites aiguës. — Coma urémique. — Acromégalie. — Tétanie. — Purpuras. — Leucémie aiguë. — Diagnostic des adénopathies inguinales. — Rachitisme. — Accidents du saturnisme. — Intoxication mercurielle. — Intoxication barbiturique. — Delirium tremens. — Accidents sériques. — Ictus apoplectique. — Embolie cérébrale. — Paralysie générale. — Sciatique. — Chorée de Sydenham. — Paralysie faciale. — Névralgie du nerf trijumeau. — Glaucome aigu. — Paralysie radiale. — Accès de goutte aiguë.

(Voir suite des Informations, p. 709.)

Bénignité de la tuberculose de primo-infection chez des adolescents ayant subi le minimum de contages

Par A. Breton et E. Cartegnie
(Lille)

Nous désirons insister aujourd'hui sur la bénignité immédiate et lointaine des primo-infections des grands adolescents, lorsque la contamination s'est produite dans un milieu où les sources de contamination ont été taries du fait des sanctions thérapeutiques imposées par un dépistage radiologique systématique efficace du milieu familial et social.

Nous avons étudié, en fonction du virage de la cuti-réaction, les manifestations cliniques et radiologiques de la primo-infection, dans deux groupes de jeunes gens, âgés de 17 à 19 ans, apprentis aux ateliers de la S. N. C. F. de la région lilloise, et dont, pour certains, la primo-infection remonte à dix mois environ. Or, ces jeunes gens présentent la particularité presque expérimentale de vivre, tant en famille qu'à l'atelier, dans un milieu « cheminot », milieu que nous savons « épuré » de toute tuberculose bacillifère. En effet, tous les agents de la S. N. C. F. et leurs familles ont subi des examens radioscopiques systématiques, qui ont permis de reconnaître les tuberculeux, de les isoler et de les soigner. Tous nos apprentis sont fils de cheminots, vivent dans leur famille et ne travaillent que dans un milieu composé d'agents de la S. N. C. F., ce qui revient à dire que, dans ces conditions, aussi bien dans la famille qu'au travail, les contages ont certainement été accidentels, rares, fortuits et pauci-bacillaires.

Ces conditions particulières de contamination chez des sujets primo-infectés récents que nous suivons depuis dix mois environ, nous mènent à des conceptions un peu différentes de celles de M. Etienne Bernard, sinon sur la physionomie, du moins sur l'avenir de certaines primo-infections tardives quand elles se produisent dans un milieu pauci-bacillaire. En effet si, depuis de nombreuses années, M. Etienne Bernard insiste avec raison sur la pauvreté des manifestations cliniques et radiologiques de la primo-infection du grand adolescent, il insiste aussi sur la différence pronostique profonde qui sépare la primo-infection du sujet de plus de 15 ans de celle de l'enfant; dans les primo-infections tardives, le facteur « âge » interviendrait pour provoquer un raccourcissement, un « pincement » entre la date de virage de la cuti-réaction et la première manifestation de la tuberculose tertiaire, de la phtisie chronique de l'adulte.

L'enquête que nous avons menée parmi les apprentis de la S. N. C. F. nous a confirmé l'exactitude du point de vue de M. Etienne Bernard, en ce qui concerne la physionomie clinique et radiologique de ces primo-infections, mais nous n'avons pas constaté de formes graves d'emblée, ni d'aggravations tardives, ni, malgré un recul déjà notable, l'apparition d'une phtisie chronique.

Il nous semble donc que, chez ces adolescents sélectionnés dans des conditions particulières, mais qui, âgés de plus de 15 ans se situent néanmoins aux marches de l'âge phtisiogène, ces primo-infections tardives ne déclenchent pas le raccourcissement phtisiogénétique que l'on rencontre habituellement à cet âge, quand la contagion a été « incontrôlée », abondante, répétée ou riche en bacilles.

C'est un argument de plus à produire en faveur du dépistage systématique de la tuberculose dans le milieu familial et social.

En effet, chez nos adolescents de 18 ans, primo-infectés récents que nous suivons depuis huit ou dix mois, nous n'avons pas constaté de formes pulmonaires massives de type pneumonique ou spléno-pneumonique; nous avons été frappés par l'absence de formes aiguës graves et surtout par l'absence apparemment paradoxale de manifestations pleurales : pleurésie séro-fibrineuse ou ses équivalents, pleurite, cortico-pleurite, etc. Les formes cliniques et radiologiques que nous avons constatées se sont montrées le plus souvent bénignes, tant par la faible intensité de leurs manifestations, que par leur heureuse évolution dans le semestre qui a suivi le contage.

Nous avons divisé nos 116 sujets en deux groupes : le premier comporte 54 apprentis chez lesquels nous avons assisté au virage de la cuti-réaction. La primo-infection s'est effectuée entre les deux examens systématiques, de décembre 1946 — où les cuti-réactions étaient négatives — et de mars 1947, où nous n'avons constaté que des réactions positives. Le second groupe est constitué de 62 sujets qui présentaient une cuti-réaction positive lors de leur embauchage en mars 1947. Ces jeunes gens vivaient eux aussi en milieu S. N. C. F., étant tous fils de cheminots. A leur sujet, nous ne possédons aucun renseignement sur la date de leur primo-infection.

Tous ces sujets ont été soumis à une surveillance clinique, thermique, pondérale et radiologique. Ils n'ont, le plus souvent, présenté aucun signe fonctionnel d'affections pulmonaires, ils conservent un bon état général et prennent du poids.

Dès le virage de leur cuti-réaction, ces jeunes gens ont subi un examen radioscopique systématique, suivi de radiographies. Les constatations radioscopiques ont été décevantes. Pratiquées par un phtisiologue entraîné, elles n'ont pas, dans la majorité des cas, permis de déceler les images fines que les radiographies ont mises en évidence.

Le premier groupe, chez lequel la primo-infection s'est produite entre les mois de décembre 1946 et de mars 1947, a présenté des images radiologiques extrêmement diverses : nous n'avons vu qu'une fois, soit dans 1,8 % des cas, l'image classique de Kuss constituée du foyer pulmonaire et de la réaction ganglionnaire médiastinale. Par contre, l'image dite d' « empâtement hilaire » qui, selon Armand-Delille, Lestoquoy et Huguenin, masque le complexe ganglio-pulmonaire, s'est montrée extrêmement fréquente puisque nous l'avons rencontrée chez 18 sujets, soit dans 33 % des cas. En plus de l'empâtement hilaire précédemment décrit, cinq clichés nous ont montré une participation parenchymateuse, sous la forme de quelques micro-nodules à contours flous, au voisinage de l'ombre hilaire.

L'ensemble des malades atteints de primo-infection avec localisation parenchymateuse importante s'élève à 5 cas, soit 9,4 %.

Sur cinq autres films (9,4 %), nous n'avons pu déceler d'images pulmonaires ou médiastinales expliquant le virage de la cuti-réaction, et l'examen général du malade n'a pas permis de déceler le siège des lésions de primo-infection.

La grande majorité des clichés (46,3 %) montre d'emblée l'image calcifiée, séquelle banale, composée d'un ganglion très opaque et du petit nodule parenchymateux calcifié.

Nous n'avons relevé aucune pleurésie ni image séquelle pleurale. Trois clichés montrent des images paradoxales : en plus d'aspects de primo-infection active, nous avons vu des nodules calcifiés, gros comme des têtes d'épingles, et qui sont décrits sous le nom de foyers de Simon. Signalons enfin un autre cas paradoxal : un de nos malades présente une grosse calcification hilaire droite dont l'origine reste imprécise, puisque les différentes réactions cutanées à la tuberculine ont toujours été négatives.

Les cuti-réactions étaient en général papuleuses; huit d'entre elles étaient phlycténulaires et correspondaient à un état séquelle dans un cas et à un aspect d'infection-active dans les sept autres. Il semble y avoir relation directe entre le degré de positivité de la cuti et l'activité plus ou moins grande des lésions anatomiques.

Le deuxième groupe est composé de 62 apprentis, embauchés alors que leur cuti-réaction était positive, et dont nous ignorons la date du virage.

Les images radiologiques se répartissent d'une manière différente par rapport au premier groupe. Nous n'avons pas vu d'images classiques de Küss; les images d' « empâtement hilaire » sont beaucoup moins fréquentes (11 % au lieu de 33 %). Les formes à manifestations pulmonaires prédominantes se réduisent à trois tuberculoses ulcéro-caséeuses banales (4,8 %) qui, dépistées, furent traitées par pneumo-thorax. Trois clichés seulement n'ont montré aucune image reflétant le siège de la primo-infection (4,8 %). Enfin, 79 % des apprentis, au lieu de 46 % dans le groupe précédent, présentaient l'image calcifiée séquelle banale.

Remarquons que huit cuti-réactions étaient phlycténulaires et que sept d'entre elles, au rebours des cas précédents, correspondaient à l'image calcifiée séquelle.

L'extrême bénignité de l'affection s'explique certainement par les conditions de contage auxquelles ces jeunes gens étaient soumis. Dans ce milieu de cheminots, où la tuberculose est « traquée », l'infection fut certainement pauci-bacillaire.

Nous insistons d'autre part sur le fait que, dans ces conditions, l'évolution favorable de la tuberculose de primo-infection peut

se faire en un temps très court, puisque la moitié ou presque des primo-infections récentes ont, en quelques semaines ou en quelques mois, constitué une image séquelle classique, sans accidents graves. Ces jeunes gens, suivis depuis plusieurs mois, n'ont pas présenté, suivant l'expression de M. Etienne Bernard, ce « pincement » entre le virage tardif de la cuti-réaction et l'apparition de la maladie tuberculeuse, bien qu'ils soient à l'âge phtisiogène par excellence.

La cuti-réaction, complétée par les diverses intradermo-réactions, conserve toute sa valeur : un seul de nos sujets, ce qui est peu, est sorti de la norme. L'intensité de la cuti correspond, dans les formes récentes, aux signes radiologiques d'activité. Par contre, fait paradoxal, des cuti-réactions phlycténulaires accompagnent des images calcifiées séquelles dans les primo-infections anciennes.

En dehors de ces considérations dogmatiques, précisons que la radioscopie seule se montre insuffisante, et que la radiographie permet un diagnostic plus précis de ces fines images qui constituent les manifestations radiologiques des primo-infections que nous avons étudiées. Insistons sur l'aspect particulier de bénignité que prend la primo-infection des adolescents, dans un milieu où les sources de bacilles ont été reconnues et taries, à la suite d'un dépistage systématique, familial et social.

XLVe Congrès français d'Oto-Rhino-Laryngologie

Le XLVe Congrès de la Société Française d'O.-R.-L. s'est tenu du 20 au 22 octobre 1947, à la Faculté de Médecine de Paris, sous la présidence de M. Liebault (de Quimper). A la séance inaugurale, le professeur Verne représentait le doyen Binet, empêché. Malgré les difficultés actuelles des transports, l'affluence était inespérée. M. Liebault retraça en quelques minutes l'histoire de la Société, déjà longue, puisque sa fondation remonte à 1881. M. Flurin, secrétaire général, prit ensuite la parole pour rappeler le souvenir des membres décédés au cours de l'année, en particulier de Albert Hautant, de Guisez, de Viéla et de Wisner. De très nombreux confrères étrangers assistaient au Congrès, en provenance du Royaume-Uni, de Belgique, d'Italie surtout.

Les constructeurs avaient fait un très gros effort pour exposer le matériel technique moderne d'après-guerre : on remarquait notamment l'instrumentation spéciale pour la chirurgie de la surdité, de très nombreux appareillages pour aérosols, ainsi que d'intéressantes réalisations dans le domaine de la prothèse acoustique.

PREMIER RAPPORT

La pénicilline en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie maxillo-faciale, par M. J. Piquet (Lille) et Leroux-Robert (Paris).

Dans ce rapport très complet et détaillé, les auteurs passent en revue les indications et les effets des traitements à la pénicilline dans toutes les branches de la spécialité. Dans un chapitre d'introduction, ils rappellent brièvement ce qu'il faut savoir de la préparation et de la conservation de la pénicilline et de ses modes d'emploi : thérapeutique générale, le plus souvent par voie intramusculaire, rarement intraveineuse, thérapeutique locale par pansements, instillations, pommades, aérosols, etc.

Otites externes

Dans l'ensemble, la pénicilline n'a pas apporté de progrès considérables dans le traitement des dermatoses et infections du pavillon et du conduit. Elle s'emploie en pommades, en pulvérisations, en instillations et en pansements méthodiques du conduit. Les résultats sont nuls dans les chondrites, si souvent dues au pyocyanique, ainsi que dans l'eczéma chronique, égaux à ceux des méthodes habituelles dans les autres cas. La pénicilline par voie intramusculaire abrège l'évolution des furoncles de l'oreille.

Otites moyennes aiguës

La pénicilline a été employée, au cours de diverses maladies infectieuses dans l'espoir de prévenir les otites : les résultats de ces essais sont inconstants, souvent contradictoires. Les otites sont un peu plus rares, mais on ne se prémunit pas contre elles avec certitude : au cours d'un traitement pénicilliné motivé, par exemple, par une broncho-pneumonie, une otite peut parfaitement éclater.

Les otites aiguës sont, théoriquement, justifiables de la pénicilline, car dans 90 % des cas les germes sont sensibles au médicament (Fowler). L'emploi de la pénicilline en instillations ou par voie tubaire ne donne pas de résultats bien merveilleux ; en revanche, la pénicilline par voie parentérale compte de très nombreux succès, à condition que la paracentèse ait été faite préalablement toutes les fois qu'elle était indiquée : la pénicilline se montre en effet peu active sur une otite mal drainée. Les améliorations sont obtenues plus vite qu'avec les sulfamides. Le pourcentage des cas nécessitant l'ouverture de la mastoïde a incontestablement baissé, et l'intervention ne s'impose plus que lorsqu'il existe de grosses lésions d'ostéite et surtout lorsqu'il y a une collection purulente se drainant mal, malgré la paracentèse. Pénicilline et sulfamides atténuent tous deux les symptômes, et la pénicilline peut avoir des effets masquants, comme les sulfamides, mais ces effets sont à la fois moins accentués et moins dangereux, car, avec la pénicilline les lésions cessent d'évoluer, tandis qu'avec les sulfamides on les voyait continuer à s'étendre de proche en proche à bas bruit.

L'emploi de la pénicilline dans toutes les otites ne saurait être systématique : la plupart des malades guérissent fort bien par les moyens classiques, mais toutes les fois qu'il s'agit d'une forme cliniquement sévère, avec menace de complication, il faut faire d'urgence paracentèse et traitement pénicillique.

En cas de mastoïdite « chirurgicale », la pénicilline est à conseiller. Dans les formes non compliquées, il peut arriver que la pénicilline seule guérisse le sujet, sous réserve d'une surveillance sévère, encore que l'on soit presque toujours amené à intervenir, mais alors, la pénicilline a complètement transformé les suites opératoires, en particulier elle abrège et facilite les pansements d'une manière remarquable. Les auteurs insistent sur leur technique personnelle de plombage pénicillo-sulfamidé de la cavité opératoire. Dans les mastoïdites extériorisées, à plus forte raison compliquées, la pénicilline ne dispense pas de l'intervention immédiate. Elle en améliore les résultats, mais elle ne met pas nécessairement à l'abri des complications endocraniennes.

Otites du nourrisson

La pénicilline ne doit jamais remplacer la paracentèse, d'autant plus qu'elle peut accentuer le caractère si souvent bâtard ou latent des otites du premier âge. Il faut la réserver uniquement aux cas où, malgré la paracentèse, l'otite demeure fébrile. Lorsqu'il existe des signes locaux ou généraux qui commandent une antrotomie, l'emploi de la pénicilline isolée n'est pas à conseiller, on atténue tous les symptômes, sauf les symptômes toxiques, ce qui est logique, vu la persistance du foyer profond ostéitique. Par contre l'emploi de la pénicilline après antrotomie correcte abrège l'évolution et réduit nettement la léthalité. Leroux-Robert a vu, en un an, la mortalité des mastoïdites coquelucheuses passer de 41 % à 25 %. A cet âge, la pénicilline locale doit être employée à ciel ouvert, par instillations dans un petit drain.

Otites chroniques

La pénicilline intramusculaire reste sans effet. Localement, elle peut rendre service dans les formes accessibles au traitement médical, avec large perforation et sans granulations exubérantes, mais ne donne pas de guérisons vraies. On la porte dans la caisse par d'ingénieux procédés dont l'application doit rester réservée au spécialiste. On peut l'associer à l'alcool boriqué, aux sulfamides, à l'urethane. Son action est nulle sur l'ostéite et le cholestéatome.

L'emploi local de la pénicilline a révolutionné la technique des pansements d'évidement et donne des résultats excellents, surtout dans les formes peu infectées et à germes pénicilline sensibles.

Méningites otogènes

Les méningites constituent à la fois l'indication majeure et le triomphe de la pénicilline, les résultats sont souvent plus rapides et meilleurs qu'avec les sulfamides. L'association avec les sulfamides semble particulièrement efficace.

A elle seule, la pénicilline ne peut pas dispenser du traitement de la porte d'entrée, mastoïdienne, pétreuse ou labyrinthique. Le foyer auriculaire infectant doit être mis hors de cause dès le début.

La pénicilline intramusculaire appuie et complète les heureux effets du traitement chirurgical sur ce foyer, et doit être prescrite à doses élevées, mais il ne faut pas compter trop sur elle

exclusivement, la pénicilline injectée ne pénètre dans les méninges qu'en quantité minime, d'une façon irrégulière, souvent tardive. Il est indispensable de l'introduire directement dans le sac méningé, d'abord par voie lombaire et, en cas de blocage, par voie sous-occipitale ou même ventriculaire. Après soustraction de 20 cc. de liquide céphalo-rachidien, on injecte une ou deux fois par jour une quantité égale d'une solution diluée, contenant 500 à 1.000 unités par centicube : la dose de 20.000 unités par jour, par voie rachidienne, constitue une bonne moyenne pour les cas graves, qu'on a peu intérêt à dépasser.

Les chances de guérison sont élevées dans les formes aseptiques ou à germes pénicilline sensibles, de beaucoup les plus fréquentes. En général la stérilisation du liquide céphalo-rachidien est obtenue dans un délai de 24 à 72 heures. Le pronostic demeure très sévère aux âges extrêmes de la vie, lorsque l'hémoculture est positive, lorsqu'il existe une complication endo-cranienne associée, lorsque le germe est pénicilline résistant ou si l'on ne voit le malade que tardivement.

Les auteurs étudient longuement le mécanisme des rechutes et récidives, traitement insuffisant, germes résistants, existence d'un autre foyer intracranien, réensemencement par la lésion première, ainsi que certains accidents de blocage ou de convulsions, de paralysies, en rapport avec les injections rachidiennes.

Les mêmes données peuvent s'appliquer au traitement des méningites rhinogènes.

Accidents veineux et septicémiques

La pénicilline a trouvé ici un de ses champs d'application les plus efficaces. Le traitement chirurgical rationnel de la lésion infectante demeure le temps essentiel : pratiqué précocement, il suffit souvent à lui seul à conduire à la guérison, mais, s'il a été initialement incomplet ou trop tardif, le traitement anti-infectieux général reprend tous ses droits. La pénicilline est d'autant plus indiquée que les germes sont en général sensibles à son action, et que les sulfamides sont inefficaces dans ce genre d'accidents.

La voie veineuse, si tentatrice théoriquement, n'a guère d'avantages sur la voie intramusculaire. Les doses doivent être d'emblée très élevées, ce qui ne possède pas d'inconvénients, vu l'absence de toxicité, il faut commencer le traitement dès le premier frisson et sans même attendre le résultat de l'hémoculture. Il faut savoir le prolonger longtemps après la disparition des signes cliniques, parfois deux ou trois semaines sans interruption. Localement, la pénicilline locale rend service. Actuellement, le traitement chirurgical est bien simplifié et les indications de la ligature de la jugulaire, des interventions du type Grünert sont de plus en plus exceptionnelles.

Abcès du cerveau

Avant l'apparition des antibiotiques, le traitement des abcès du cerveau était arrivé au point mort. Seuls avaient des chances de guérir les abcès uniques, superficiels, et possédant une tendance spontanée à la limitation. Le pronostic d'ensemble avait été amélioré par la sulfamidothérapie, surtout post-opératoire. La pénicilline employée intramusculaire, même à doses élevées, n'a point donné de résultats bien décisifs, pas plus que la pénicilline par voie lombaire, dont l'action est trop limitée en profondeur : par ces deux voies, on n'empêche ni la formation, ni l'évolution de l'abcès. Leur emploi reste toutefois justifié lorsqu'il existe une méningite concomitante.

Pour le traitement de l'abcès non compliqué de méningite, la solution la moins mauvaise semble l'injection de pénicilline à l'intérieur même du foyer abcédé, après évacuation du pus. Les auteurs préfèrent injecter par un petit drain que de refaire chaque fois la ponction. Ces injections cavitaires ont donné beaucoup de succès, même pour les abcès du cervelet, mais elles ne suffisent pas, et il est indispensable d'y associer la sulfamidothérapie de manière à imprégner la substance cérébrale en profondeur et à lutter contre l'encéphalite. Ces injections sont presque toujours bien tolérées.

Le pronostic demeure extrêmement grave dans le cas d'abcès multiples, diffluents et très profonds.

L'œdème cérébral peut nécessiter une trépanation décompressive.

L'emploi de la pénicilline faciliterait l'ablation extracapsulaire des abcès telle que la conseillent les neuro-chirurgiens.

La rupture d'un abcès dans le ventricule latéral n'est plus un arrêt de mort, l'emploi de la pénicilline en injections rachidiennes et intraventriculaires permettant parfois de juguler la méningite diffuse secondaire. Cet accident reste néanmoins grave, son pronostic est moins sombre s'il survient après évacuation chirurgicale de la collection.

Les auteurs conseillent le plombage de la cavité abcédée avec un mélange de poudre de sulfathiazol et de pénicilline calcique, dans le cas d'un abcès unique, donnant une suppuration intarissable par tout autre moyen.

Dans l'encéphalite non suppurée, œdémateuse ou nécrotique, ils associent au traitement du foyer causal les sulfamides, la pénicilline par voie lombaire et ventriculaire, la pénicilline par voie intramusculaire à doses très élevées et prolongées suffisamment pour éviter toute rechute.

Sinusites et leurs complications, accidents dentaires

Alors que l'emploi des sulfamides n'avait donné que des déceptions, celui de la pénicilline a marqué un progrès indéniable dans le traitement des sinusites. Son action serait, non seulement bactériostatique, mais aussi, comme l'a soutenu Ruedi, anti-allergique. Quoi qu'il en soit, il faut opposer d'une part sinusites rhinogènes et d'origine dentaire, d'autre part sinusites aiguës ou subaiguës et sinusites chroniques. Dans les sinusites d'origine dentaire, Terracol et Lapouge ont bien insisté sur la nécessité du traitement préalable de l'épine infectante ostéo-dentaire, faute de quoi toute tentative de traitement pénicillinique serait vaine. Dans les sinusites rhinogènes aiguës, la pénicilline générale est peu utile mais la pénicilline locale rend service, associée aux ponctions et lavages : la sinusite maxillaire est celle qui réagit le mieux, sur le sinus frontal l'action ne peut être qu'indirecte. Dans les sinusites chroniques, les résultats des lavages, des injections et de la pénicilline administrée par la méthode de Proetz paraissent assez médiocres, ils sont même nuls en ce qui concerne les sinusites frontales. En revanche, la pénicilline est un bon adjuvant d'un acte opératoire éventuel, diminue les séquelles, comme certaines fistules sinusiennes rebelles après cure radicale des frontites. Pour cette cure radicale, les auteurs conseillent le plombage pénicilliné.

La pénicilline donne de bons résultats dans les ethmoïdites aiguës de l'enfance, ainsi que dans tous les accidents oculo-orbitaires : elle empêche souvent une collection orbitaire ou palpérale de se constituer, elle permet surtout d'intervenir par la suite, à froid, dans de bien meilleures conditions. Son emploi est bien entendu de rigueur dans toutes les autres complications des sinusites, notamment dans ces ostéomyélites serpigineuses du massif facial supérieur et surtout de l'écaille du frontal, dont elle a complètement transformé le pronostic jadis lamentable. Des doses massives permettent parfois d'éviter d'intervenir ou tout au moins de le faire après séquestration.

La pénicilline agit favorablement sur l'ostéomyélite du maxillaire supérieur, dont on connaissait la gravité chez le nourrisson. Dans l'ostéomyélite du maxillaire inférieur, il faut en général de très fortes doses. On peut l'utiliser avec avantage pour le traitement général des ostéites odontogènes localisées et des ostéophlegmons : les auteurs associent pour cela volontiers la pénicilline au propidon. Dans l'angine de Ludwig, ils prescrivent à la fois la pénicilline à fortes doses, le propidon et les sulfamides, sans préjuger des indications d'une opération de drainage éventuelle.

La pénicilline possède une action remarquable dans les accidents de radionécrose des maxillaires ou du larynx.

Infections à point de départ pharyngien et cervical

La pénicilline a rendu des services pour le traitement de certaines rhinopharyngites rebelles. Dans les angines et stomatites, utilisée en injections, ou localement en badigeonnages ou pastilles à sucer, elle s'est révélée comme un excellent moyen de désinfection. Elle abrège les angines de la scarlatine, et fait disparaître rapidement le streptocoque hémolytique, ce qui raccourcit la durée de la contagion et de l'isolement, tout en rendant plus rares les complications locales. Dans la diphtérie, elle est particulièrement indiquée lorsqu'il existe un facteur streptococcique surajouté, elle peut d'ailleurs servir à la lutte contre les porteurs de germes, ainsi que le prouvent les succès obtenus par Delstanche là où tous les traitements possibles avaient échoué. L'association fuso-spirillaire est particulièrement sensible à la médication, locale et générale, et les succès ne se comptent plus, pour l'angine de Vincent, les gingivites ulcéreuses ou ulcéro-membraneuses, la pyorrhée alvéolaire même.

L'amygdalite cryptique par contre ne bénéficie guère de la pénicilline. Le phlegmon de l'amygdale avorte le plus souvent, plus vite et mieux qu'avec les sulfamides, mais lorsqu'il y a une collection, la pénicilline ne dispense pas de l'incision et du drainage.

Les septicémies à point de départ amygdalien, avec ou sans phlébite de la jugulaire ou du sinus caverneux, sont un des triomphes de la pénicilline : en particulier, la septicémie à fundiliformis a vu son pronostic complètement transformé (Lemierre).

La pénicilline trouve encore des indications de tout premier plan dans les infections profondes du cou et du médiastin, les cellulites péri-œso-trachéales, les médiastinites secondaires aux ulcérations et aux perforations de l'œsophage, ainsi que toute la gamme des laryngites œdémateuses et ulcéreuses, depuis la banale laryngite sous-glottique de la grippe jusqu'à la trachéo-bronchite fulgurante.

Infections graves de la face

La pénicilline a trouvé un large champ d'application dans la prévention ou le traitement des infections graves de la face : brûlures sérieuses, traumatismes faciaux avec hématomes exposés à l'infection, fractures de la base du crâne (sinus frontal, lame criblée) posant le problème d'une déchirure possible des méninges. Les furoncles de la lèvre supérieure ou de l'aile du nez constituent une indication majeure, on emploie la pénicilline générale, et, avec Martin, en infiltrations locales. Le pronostic des staphylococcies dites malignes de la face à changé du tout au tout : la phlébite caverneuse elle-même, grâce à la pénicilline, guérit actuellement dans 90 % des cas.

Pénicilline et chirurgie

La chirurgie du pharynx, du larynx et de l'œsophage a bénéficié dans une large mesure de l'emploi systématique de la pénicilline, il s'agit même là dans bien des cas d'une véritable révolution technique. Un exemple particulièrement spectaculaire est celui de la laryngectomie totale en un seul temps. Le danger des complications cervico-médiastinales, des désunions est devenu presque historique. Toutes les interventions portant sur cette région ont été facilitées, de l'amygdalectomie banale jusqu'aux opérations les plus audacieuses sur l'œsophage. En matière d'endoscopie, la pénicilline a rendu les plus grands services dans les suites d'extractions de corps étrangers, etc. Elle est devenue indispensable à toutes les interventions plastiques sur la face, le voile du palais, la pyramide nasale.

Autres antibiotiques

Le rapport se termine par un bref chapitre consacré aux derniers venus des antibiotiques, thyrotrycine, dont l'action paraît inférieure à celle de la pénicilline, et streptomycine, médication d'avenir dont on espère beaucoup pour le traitement des infections pénicilliné résistantes, par exemple pour celui de la laryngite tuberculeuse.

DEUXIEME RAPPORT

Données récentes sur le traitement du cancer du larynx

par MM. Maurice Bouchet, Pierre-Charles Huet, Jacod et Ombrédanne

Les auteurs s'attachent à mettre en valeur les ressources offertes par la radiothérapie dans le traitement du cancer endo-laryngé : bien que l'avènement de la pénicilline ait beaucoup étendu les possibilités de la chirurgie, la radiothérapie doit être considérée mieux que comme un adjuvant de l'acte opératoire ou comme un moyen de psychothérapie pour les cas désespérés.

1° M. Huet étudie les traitements exclusifs par radiations, à la lumière de 36 cas observés à Villejuif en huit ans. Il a obtenu 12 guérisons de plus de cinq ans et 2 guérisons de plus de trois ans, jusqu'ici, soit 40 % de succès. Ces résultats encourageants contrastent avec les déboires qu'expriment de très nombreuses statistiques françaises ou étrangères. Les formes bourgeonnantes, encore mobiles, peu différenciées histologiquement, les formes localisées à la corde vocale ou au vestibule laryngé sont les plus favorables à la radiothérapie ; dans les autres variétés, les récidives sont malheureusement fréquentes, *in situ*, aux confins de la lésion primitive, parfois à distance. L'adénopathie n'est pas *a priori* un élément défavorable, sauf toutefois dans les cancers hautement différenciés. L'auteur a observé 4 cas seulement d'accidents de radio-nécrose, dans les formes ulcéreuses ou diffuses : ces accidents ne s'observent jamais lorsque le squelette cartilagineux est encore intact, ce que doit rechercher la radiographie préalable systématique. Chez les malades trachéotomisés, on peut observer des accidents inflammatoires péri-canulaires, qui font interrompre le traitement, surtout si la trachéotomie a été faite très haute. Les antibiotiques exercent sur ces divers accidents une action préventive et curative remarquable. Il est donc possible de guérir un certain nombre de ces cancers endo-laryngés sans mutilation, les formes bourgeonnantes et indifférenciées, quelle que soit leur extension, les cancers de la corde encore mobiles en particulier. Par contre, les cordes fixes et différenciées, les formes sous-glottiques, les formes ulcéreuses non exclusivement cordales et surtout les formes avec atteinte du cartilage appartiennent à la chirurgie.

2° MM. Jacod et Ombrédanne s'attachent de leur côté à l'étude de l'association chirurgie-radiothérapie. M. Jacod préconise la radiothérapie pré-opératoire préparatrice, espérant ainsi stériliser ce qu'il appelle le « paramètre tumoral », tout en diminuant l'étendue de la lésion en la ramenant sur son point d'implantation initiale. Cette radiothérapie préalable ne présente pas d'intérêt pour les cancers longtemps limités, à diffusion lymphatique tardive, comme le cancer de la corde au début ou le cancer de la face laryngée de l'épiglotte, mais elle répond à une nécessité absolue toutes les fois qu'il y a lieu de craindre une dissémination précoce, notamment pour les cancers vestibulaires, de la sous-glotte et de la région commissurale postérieure. La présence d'adénopathies en est une indication formelle, surtout s'il s'agit de ganglions jugulo-carotidiens : les rayons ne suffisent pas à les faire disparaître, mais procurent une sécurité supplémentaire. Ils ne gênent pas notablement le curage ganglionnaire nécessaire. On peut reprocher à la radiothérapie pré-opératoire d'exposer aux ennuis de sphacèle, de désunion, de retard à la cicatrisation, ainsi que de sensibiliser le sujet aux accidents d'inoculation septique. Pour éviter ces inconvénients, M. Jacod n'intervient pas avant six à huit semaines après la fin de la radiothérapie ; à ce stade, la « sidération » locale des tissus ne se fait plus guère sentir, l'emploi systématique des antibiotiques donne d'excellents résultats. Il fait des interventions fractionnées : d'abord curage ganglionnaire classique, puis trachéotomie, et enfin exérèse de la tumeur, autant que possible économique, respectant l'armature ostéo-cartilagineuse du larynx.

La radiothérapie post-opératoire, prônée surtout par l'école anglaise, ne doit pas être systématique : toutefois, elle s'impose pour stériliser un paramètre douteux, et toutes les fois que l'exérèse chirurgicale, même plus large, ne donne pas entière satisfaction à l'esprit. La radiothérapie doit être employée dans les récidives, endo ou extra-laryngées, toutes les fois que la récidive ne peut pas être supprimée à coup sûr par l'exérèse.

3° La technique proprement dite de ses traitements est étudiée par les auteurs du rapport, ainsi que par M. Surmont. La conduite du traitement nécessite une parfaite symbiose entre le laryngologiste et le radiothérapeute. Les indications doivent être discutées pour chaque malade selon la variété topographique, le stade évolutif et les renseignements fournis par la biopsie. Le malade doit être préparé, notamment du point de vue stomatologique, on surveillera l'état de la peau, ainsi que les réactions muqueuses sous le double contrôle du miroir laryngien et de radiographies périodiques. A côté de la technique de Villejuif, décrite en détail, les auteurs passent en revue un certain nombre de techniques de radiothérapie externe par doses fractionnées, et mentionnent la radiothérapie de contact mise au point pendant la guerre par Chaoul, et qui autorise de grands espoirs. La médication générale présente, elle aussi, une grosse importance : traitements antianémiques et vitamine PP.

⁂

M. Tato (Buenos-Ayres) décrit sa technique personnelle de laryngectomie, et présente un film. M. Tarneaud (Paris) expose le résultat de sa longue expérience sur la rééducation phoniatrique après laryngectomie. M. Lederman (Londres) discute du traitement des cancers endo-laryngés par télécuriethérapie. Prennent encore part à cette discussion MM. Aubin, Portmann, Van den Wildenberg, etc.

De nombreuses communications ont été faites, notamment par : MM. André Bloch, Le Beau et Aboulker et par M. Waar

(Grovenhage) sur le traitement des collections suppurées endo-craniennes, par M. Guthrie (Londres) sur l'histoire de l'otologie, le professeur van den Wildenberg sur des cas familiaux de diverticules de l'hypopharynx, M. Arslan (Padoue) sur les rapports de l'oreille avec le parasympathique cranien, M. Guillon (Paris) sur le traitement de la laryngite tuberculeuse par la streptomycine. Une séance du Congrès a été, cette année encore, consacrée à la chirurgie de la surdité, ou plus exactement à la chirurgie de l'otospongiose. Un film remarquable réalisé par le professeur Lempert (New-York) a été suivi d'une discussion à laquelle ont pris part notamment MM. Le Méc, Moulonguet, Aubin et le professeur Sourdille. Aussi bien en Amérique qu'en France, les détails de la technique de la fenestration ne sont pas encore parfaitement réglés.

En marge du Congrès ont été tenues d'importantes réunions : du Syndicat des O.-R.-L. français, de la Société de Phoniatrie et de la Société de Bronchoœsophagoscopie.

Le prochain Congrès se tiendra en octobre 1948, sous la présidence de M. Ramadier.

Pierre-Louis Klotz.

XXVIe Congrès français de médecine (1)

(Suite)

2e question. — Les antihistaminiques

1er Rapport. — La médication antihistaminique en médecine interne. — M. Bickel (Genève).

La conception histaminique du choc anaphylactique a conduit à des essais de désensibilisation, entièrement infructueux, par l'histamine elle-même, fût-elle associée à des protéines ; l'histaminase est sans valeur thérapeutique.

Les premiers essais avec des acides aminés employèrent des substances peu maniables *in vivo*. Ce ne sont que des produits de synthèse, graduellement améliorés, qui ont donné des résultats, en particulier l'antergan et le néo-antergan, d'emploi aujourd'hui courant.

Des travaux récents en France, en Suisse et en Amérique ont conduit à une nouvelle série plus puissante et plus maniable qui donne de grands espoirs.

Expérimentalement tous ces corps ont une action antihistaminique, portant sur la musculature lisse (intestin, bronches, artères) ; à noter cependant chez la souris l'action synergique des deux antagonistes.

Ils ont une action antianaphylactique, protégeant l'animal, même la souris, contre le choc anaphylactique. Chez l'homme ils combattent les effets secondaires de l'histamine, suppriment la triade de Lewis, diminuent la perméabilité vasculaire ; action plus faible sur la sécrétion gastrique. De plus ils provoquent un certain degré d'anesthésie et de somnolence.

Les indications thérapeutiques principales sont l'urticaire, l'œdème de Quincke, les prurits, le dermographisme ; les affections allergiques : maladie du sérum, l'asthme allergique, le rhume des foins, la conjonctivite allergique. Avec moins d'effets constants : les rhinites vaso-motrices, les migraines, le vertige de Ménière, certaines intolérances médicamenteuses (pénicilline).

Le rapport étudie enfin les actions secondaires et la posologie.

2e Rapport. — L'histamine cutanée. Son rôle en dermatologie. Les composés antihistaminiques de synthèse. Indications et résultats thérapeutiques en dermatologie. — MM. Gaté et Pellerat (Lyon). — Elément constitutionnel de la peau, l'histamine peut dans certains cas avoir un rôle nocif, au-delà même de toute action allergique, puisque toute perturbation tissulaire peut libérer de l'histamine. Dans les dermatoses nombreux sont les exemples : urticaires, eczémas, maladie de Dühring-Brocq, etc...

Elle apparaît également dans les accidents d'allergie, libérée qu'elle est par le conflit antigène-anticorps ; d'autres corps y interviennent cependant à côté d'elle.

Si précieux qu'ils soient les antihistaminiques de synthèse ne peuvent que neutraliser l'histamine libérée sans posséder de pouvoir ni immunisant, ni désensibilisant ; leur action est symptomatique et temporaire.

(1) Voir *Gaz. Hôp.* 1947, n° 44, p. 645 ; n° 47-48, p. 689.

En même temps que leurs avantages il faut connaître les incidents auxquels ils peuvent donner lieu : troubles digestifs, sanguins, nerveux, troubles généraux, fièvre ; éruptions biotropiques, accidents histaminoïdes, etc.

Dès leur forme présente, qui chaque jour se perfectionne, les antihistaminiques représentent cependant en dermatologie une ressource précieuse.

3e Rapport. — Les bases physiologiques et physiopathologiques de la médication antihistaminique. — MM. Decourt et J.-L. Parrot (Paris).

Les antihistaminiques de synthèse rendent les tissus effecteurs insensibles à l'action nocive de l'histamine sans empêcher sa libération. Cliniquement une partie des cas où l'histamine semble jouer un rôle échappe cependant à leur action. Peut-être les effets en deviendront-ils plus constants soit par une posologie remaniée des substances déjà connues, soit par l'emploi de nouveaux corps plus puissants.

Peut-être dans certains cas les modifications anatomiques locales entravent-elles l'action du médicament.

Les antihistaminiques sont des médicaments uniquement symptomatiques. Dans les causes d'efficacité inconstante il faut sans doute ranger les raisons propres au malade, le plus souvent inconnues, les facteurs héréditaires, les facteurs étiologiques souvent mal précisés.

Communications. — Sur des médicaments antihistaminiques nouveaux dérivés de la thiodiphénylamine. — M. Halpern. — Les médicaments caractérisés chimiquement par la présence d'un S fixé sur un N nucléaire semblent supérieurs aux antihistaminiques jusqu'ici employés. Le plus récent en France est le 3277 R. P. (diméthylisopropylthiodiphénylamine).

Il est remarquable par sa très faible toxicité, son action toxique excitante sur le système nerveux (alors que les autres antihistaminiques sont des dépresseurs). La réaction vis-à-vis de l'histamine, un peu variable avec les animaux, est toujours très notable surtout en ce qui concerne la musculature lisse : bronches, vaisseaux vis-à-vis desquels l'action est très persistante. Aucune action sur l'activité excito-sécrétoire de l'histamine par rapport à l'estomac. Son pouvoir antianaphylactique est extrêmement puissant. Aucun effet sur la résistance capillaire de l'individu normal ; grosse mais temporaire augmentation de cette résistance chez les allergiques. Inhibition de l'œdème pulmonaire adrénalinique.

Essais cliniques avec le 3277 R. P. — M. Hamburger. — Essais portant sur 200 malades.

La toxicité à très fortes doses se manifeste par des signes uniquement nerveux : somnolence, hébétude qui se dissipent spontanément en quelques jours ; effet semblable, chose curieuse, à celui de l'histamine dont le 3277 est l'antagoniste. Un homologue supérieur du 3277 possède une affinité semblable pour le diencéphale avec incidence sur la rigidité et le tremblement. Les résultats thérapeutiques permettent le départ entre les affections qu'on croirait être également influencées et de même mécanisme.

Les succès sont quasi-assurés dans l'urticaire, l'œdème de Quincke même prolongé, le rhume des foins ; ils sont inconstants (30 %) dans l'asthme et les migraines, nuls ailleurs en dépit des allures allergiques.

Le mécanisme d'action est inconnu ; certaines affections à coup sûr allergiques lui sont rebelles, ce qui est le cas de toutes les affections à Prausnitz-Küstner négatif. Par ailleurs le 3277 R P influence des affections dont la nature allergique est douteuse mais qui sont sous la dépendance de l'histamine.

Observation personnelle d'urticaire généralisée traitée avec succès par l'A. T. 10. — M. B. Prusik (Prague). — L'A. T. 10 a également donné de bons résultats dans l'œdème de Quincke généralisé.

L'A. T. 10 empêche l'hypersécrétion gastrique provoquée par l'histamine.

Les antihistaminiques de synthèse dans le traitement des hépatites aiguës ictérigènes. — M. Gambigliani - Zocchi. — L'auteur expose ses conceptions sur la pathogénie de cette affection et relate les résultats qu'y produit le traitement antihistaminique. Un certain nombre de cas d' « ictère catarrhal » rentre vraisemblablement dans ce cadre. Les troubles digestifs sont rapidement influencés et l'amélioration commence 3 ou 4 jours après le début du traitement.

L'étiologie héréditaire de la sclérose en plaques. — Essais de traitement antihistaminique. — M. Jequier (Lausanne). — Dans certaines familles la sclérose en plaques est particulièrement fréquente. Curtius en a relevé 178 dans la littérature et ajouté 29 personnelles où la proportion dépasse de 40 % ce qui existe dans le reste de la population. Il relève la fréquence des consanguinités.

L'auteur apporte 5 bonnes observations familiales.

Les lésions se rapprochent de celles de certaines encéphalites infectieuses où intervient un processus hyperergique. L'action hyperergique s'exerce ici sur un système nerveux prédisposé héréditairement.

Le traitement antihistaminique a été un échec.

Le pouvoir antihistaminique des sérums et des sangs. — M. Benda. — Des cobayes ayant, des mois auparavant, reçu pour d'autres fins des injections de sérum d'homme ou d'animal sont à peine indisposés par des injections sous-cutanées d'histamine atteignant ou dépassant un peu la dose minima mortelle ; de même avec des injections intraveineuses et d'autant plus que l'injection sérique est moins récente.

Avec du sang total l'effet est moins constant et plus différé. Les sangs et les sérums confèrent ainsi un pouvoir antihistaminique plus durable que celui que donnent les antihistaminiques de synthèse. 24 heures au moins sont nécessaires pour que cette propriété se manifeste.

Recherches sur les antihistaminiques de synthèse. — M. V. Serafini (Rome). — Ces corps inhibent temporairement la réactivité cutanée à l'histamine et aux allergines ; effet croissant de la première à la quatrième heure, plus rapidement atteint par intraveineuse que *per os*.

Le 2339 R P n'agit pas sur la sécrétion gastrique histaminique et possède dans certaines conditions un pouvoir antihémolytique.

Les meilleurs résultats de son emploi ont été obtenus dans l'urticaire aiguë et chronique, le prurit, le rhume des foins. Dans 25 % des cas réaction secondaire.

Essais de traitement de la néphrite hémorragique par les antihistaminiques. — M. Foil (Prague). — Au bout de quelques semaines se manifeste une atténuation des symptômes. 21 cas ont reçu de l'antergan ou du néo-antergan. 5 succès. Résultats meilleurs dans l'urticaire et dans quelques cas de prurit génital du diabétique.

L'auteur étudie les variations de l'histamine au cours de diverses infections et lors de l'effort physique. R. L.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Séance du 18 novembre 1947

Nécrologie. — Le président annonce à l'Académie le décès de M. Clovis Vincent et prononce une courte allocution.

Rapports sur les travaux concernant les eaux minérales et les stations climatiques en 1947. — M. Harvier.

Sur la préparation des cellophanes d'emballage. — M. Fabre.

Sur le classement comme station hydroclimatique de Laruns, les Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées). — M. Fabre.

A propos de la suppression du ministère de la Santé publique. — A la suite de la réception d'une lettre du professeur Portes, président du Conseil national de l'Ordre des Médecins, exprimant les sentiments provoqués par la suppression du ministère de la Santé publique dans le nouveau cabinet Ramadier, l'Académie, après un échange de vues prolongé, adopte le vœu suivant :

« L'Académie Nationale de Médecine, émue de la suppres-
« sion du ministère de la Santé publique et de la Population et
« des conséquences regrettables que cette mesure peut avoir sur
« l'organisation et la défense sanitaire du pays émet le vœu que
« ce ministère soit rétabli dans son autonomie et avec l'autorité
« nécessaire pour maintenir et assurer l'action des services de
« la Santé Publique. »

Les erreurs du ravitaillement en matière de viande. — M. Martel. — Les viandes importées congelées sont souvent mal achetées, mal contrôlées, stockées et transportées avec une totale négligence des conditions indispensables à un refroidissement efficace. L'altération par moisissure est le résultat inévitable d'un manque d'organisation flagrant.

Dans des pays qui ignorent l'hippophagie le ravitaillement a été se fournir de conserves de cheval maigre complété de gras de bœuf et de soja, préparation que les consommateurs ont, après essai, refusé d'acheter.

Les barèmes de viande sont établis, même les plus récents, avec une méconnaissance persévérante des qualités de viande et des conditions d'un commerce normal.

Récidives et accidents après interruption du traitement par streptomycine des tuberculoses miliaires aiguës. — M. Mattei. — La streptomycine dont la valeur exceptionnelle est démontrée par la guérison anatomique de lésions tuberculeuses pulmonaires et laryngées jusqu'ici inaccessibles au traitement, et par son influence sur l'évolution des méningites tuberculeuses, doit être employée de façon prolongée, à dose suffisante mais sans interruption pour obtenir le maximum de résultats et éviter, dans les miliaires tuberculeuses notamment, des récidives ou des accidents souvent mortels.

Action d'une eau minérale alcaline sur les chronaxies nerveuses motrices. — MM. Glénard, Lescoeur et Cuvelier. En raison de l'influence connue de l'équilibre acide-base sur les chronaxies, les auteurs ont étudié l'action sur celles-ci de l'eau de Vichy, dont on sait le rôle régulateur sur l'état acido-basique des humeurs. La simple ingestion d'eau d'Hôpital détermine une augmentation précoce et importante des chronaxies.

Au cours de la cure, on observe des modifications chronaxiques très notables, qui, dans l'ensemble, suivent le plus souvent le déplacement de l'équilibre acide-base urinaire.

Cette action de l'eau de Vichy sur l'excitabilité du système nerveux, explique sans doute pour une part, les changements du comportement nerveux. (Modifications de l'activité musculaire, intellectuelle, du psychisme, du sommeil, de l'état vago-sympathique, etc.), couramment observées pendant la cure et à sa suite.

Séance du 25 novembre 1947

Notice nécrologique sur M. Pagniez. — M. Lhermitte.

A propos du ravitaillement en viande. — M. Martel complète les observations présentées à la précédente séance. L'Académie, à l'unanimité, adopte un vœu demandant la réforme des services du ravitaillement en viande en tenant compte des observations touchant la compétence et la conscience avec lesquelles sont exercés le contrôle des importations, des transports, les congélations et les taxations.

Nouveau règlement des autopsies. — MM. Leroux, Cavaillon et Mme Sautter-Duval.

Caractères particuliers de la récente épidémie de rubéole tunisienne. — M. Corcos (de Tunis). — (Présentation faite par M. Debré). — Entre mars et septembre 1946, plusieurs centaines de cas ont été observés dans la seule ville de Tunis ; sans compter les cas demeurés ignorés ou survenus hors de la ville. Très contagieuse et très rapidement transmise, surtout en milieu scolaire cette affection paraît se communiquer surtout pendant l'incubation par des particules pharyngées.

L'incubation est de 4 à 10 jours en général ; le début se fait par catarrhe respiratoire supérieur suivi d'une éruption polymorphe débutant à la face et gagnant en 24 heures la totalité du corps ; éruption prurigineuse se complétant d'un exanthème buccopharyngé et accompagnée de fièvre ; la desquamation se produit au bout de 8 jours. Les autres signes sont ceux de la rubéole.

Les complications ont été assez fréquemment notées : albuminurie, complications bucco-pharyngées (gingivites, ulcérations buccales) ; complications nerveuses les plus graves : ictus apo-

plectiformes avec ou sans réactions méningées, mortels dans 2 cas ; névralgies rebelles ; méningite lymphocytaire ; arthrite suppurée aseptique ; hémorragies (purpuras, hématuries, hémorragies digestives se produisant à un niveau quelconque du tractus).

Les formes cliniques très nombreuses sont surtout symptomatiques. Le pronostic est bénin, sauf en cas de complication nerveuse.

Le traitement est surtout symptomatique ; peuvent s'y ajouter des transfusions et en cas de complications la pénicilline.

Cette maladie est très analogue à la rubéole mais s'en distingue pourtant par l'importance des complications. Aucun autre cas n'a été observé depuis septembre 1946.

Les lésions de la silicose et leurs images radiologiques. — M. Nicaud. — L'examen radiologique montre au début des ombres linéaires, anormalement marquées avec parfois sur leur trajet quelques irrégularités nodulaires ; les ombres hilaires sont étalées. A la période d'état il existe de l'emphysème des régions préaortiques et rétrocardiaques, de l'élargissement des espaces intercostaux, des nodulations intraparenchymateuses petites, uniformes, à contour géométrique, bilatérales, respectant la base et le sommet ; par coalescence elles forment des masses pseudotumorales que peut recouvrir un voile hyalin.

Histologiquement on voit se succéder des alvéolites à répétition, congestives, œdémateuses, dues aux poussières. Des nodules se forment autour des noyaux d'alvéolite, celle-ci est devenue oblitérante, nodules s'organisant peu à peu en tissu fibro-hyalin. Les lésions évoluent avec la plus grande lenteur.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 12 novembre 1947

Perforation d'un ulcère peptique jéjunal aigu dix jours après une gastrectomie pour fistule gastro-jéjuno colique. Guérison. — M. Barraya. — M. Charrier en rapportant cette intervention montre le caractère exceptionnel de ces ulcères peptiques aigus et en cite les observations qu'il a personnellement observées.

Un cas de sténose cicatricielle du pylore par caustique traitée par opération plastique. — M. Herbert. — M. Hepp souligne que les accidents sont précoces et apparaissent souvent avant les manifestations de sténose œsophagienne. Les lésions sont d'ailleurs très diverses et la thérapeutique doit se baser sur leur étendue.

Ostéomyélite du corps vertébral de L_1 L_2 guérie par pénicilline et chirurgie combinées sous le contrôle de la tomographie. — M. Malgras et Herdner. — M. Sorrel rapporte cette intéressante observation dans laquelle le curettage chirurgical du foyer fut suivi d'injections locales de pénicilline; la guérison fut obtenue rapidement. M. Sorrel fait remarquer que les auteurs sont intervenus pour prévenir l'extension des lésions et l'effondrement secondaire des corps vertébraux.

M. Boppe a observé une ostéomyélite vertébrale traitée uniquement par pénicillothérapie générale.

A propos de l'ulcère peptique après gastrectomie. Conclusion de la discussion. — M.-S. Blondin insiste sur le fait que la valeur de la gastrectomie n'est pas mise en cause ; les échecs sont dus à une erreur technique au départ : la gastrectomie large et bien faite ne donne que peu d'ulcère peptique. M. Blondin discute les problèmes thérapeutiques complexes qu'il faut résoudre en présence de cette lésion et discute les indications de l'opération

Hydatido-thorax. — M. Sauvage présente une très intéressante observation.

Régénération artérielle après embolectomie dans une artérite chronique. — MM. L. Bazy et Reboul présentent une très belle observation dans laquelle l'extraction du caillot permit d'obtenir un rétablissement de la voie principale vérifiée par artériographie.

Séance du 19 novembre 1947

Deux cas d'actinomycose traités et guéris par pénicilline et sulfadiazine associées après échec de la radiothérapie. — MM. Mallet et Le Camus. — M. J. Baumann rapporte ces deux observations et discute la valeur respective des antibiotiques vis-à-vis de l'actinomycose ; les résultats d'ensemble sont difficiles à apprécier ; il semble qu'il soit préférable de les associer car l'action des antibiotiques apparaît comme relative ; la radiothérapie conserve une place importante en raison des modifications locales qu'elle provoque au niveau du foyer : au traitement d'attaque par la pénicilline il faut faire succéder une thérapeutique d'entretien par les sulfamides et au besoin la pénicilline. M. Leveuf met en doute l'efficacité des sulfamides.

M. Brocq souligne le caractère chronique et récidivant de l'actinomycose.

M. Baumann considère qu'en raison de ce caractère chronique un traitement d'entretien par les sulfamides poursuivi au besoin pendant des années est nécessaire.

Sur un cas de perforation du duodénum par une aiguille de couturière ingérée avec les aliments. — M. M. Deconomos. — M. Chabrud, rapporteur.

Deux parotidectomies totales pour tumeur mixte. — M. Demirleau. — M. Redon, rapporteur, approuve la conduite suivie par M. Demirleau ; c'est le seul moyen de se mettre à l'abri des récidives par repullulation locale.

Trois cas de résection de l'œsophage. — Présentation des deux malades. — MM. Résano et A. Moucнet.

Un cas de résection diaphysaire du tibia pour ostéomyélite. — M. Sorrel. — Présentation de malade.

MM. Duhautet (de l'armée) et Dor (de Marseille), sont élus membres associés nationaux de l'Académie.

CHRONIQUE

LE 1er CONGRES INTERNATIONAL DE BIOLOGIE CLINIQUE

Le 20 novembre, à l'Institut Pasteur, sous les auspices de la Société Française de Biologie Clinique, s'est ouvert le premier Congrès International de Biologie Clinique.

Le professeur POLONOVSKI présidait ces assises en présence du ministre des Affaires sociales. Son allocution d'ouverture, brève, élégante et profondément méditée, évoqua les progrès de la biologie, les réalisations du présent et les promesses de l'avenir ; les nécessités aussi que comporte une autonomie aussi indispensable que sont évidentes la personnalité d'une telle science et son importance croissante pour la médecine dans toutes ses spécialités.

Le professeur Polonovski rappela l'histoire de l'Union Européenne, créée à Londres, sous les auspices des nations unies soucieuses, pendant même le carnage, de protéger toutes les santés humaines. Ce souci, universel comme la science elle-même, ne rend que plus regrettable de voir demeurer vides certaines places au Congrès, plus anachronique aussi.

En 1946, Londres voyait une première réunion de biologistes ; le professeur Dyke qui la présidait et à qui en cours de séance du 20 novembre le professeur Polonovski faisait hommage de son fauteuil présidentiel, eut à Londres même, l'idée de l'actuel Congrès international et d'une société plus apte encore à satisfaire les aspirations du monde scientifique international.

La brève et courtoise allocution du ministre témoigna à son tour qu'étaient entendus et compris les désirs des biologistes.

Les travaux du Congrès s'ouvrirent sur un rapport très documenté de M. DESBORDES, inspecteur général des laboratoires d'analyses des ministères, sur le rôle des laboratoires officiels pour le dépistage de la syphilis dans le cadre de la sécurité sociale. L'assistance très nombreuse marqua par une discussion prolongée et parfois véhémente de l'intérêt des biologistes.

Un magnifique rapport de MM. TZANCK et J.-P. SOULIER sur la classification des anémies apporta, en même temps qu'une clarté encore nécessaire sur un sujet demeuré difficile, des conceptions de pathologie générale dont l'ampleur et la simplicité sont riches de promesses pour le progrès de toutes les spécialités médicales.

MM. ALAJOUANINE, THOREL et DURUPT montrèrent comment la pneumoencéphalographie lombaire a pu compléter nos connaissances sur le liquide céphalique et rachidien tant normal que pathologique et combien d'affections neurologiques pouvaient, grâce à cette technique, être mieux connues et mieux suivies.

Les nouvelles techniques et les nouveaux horizons de la biologie dans divers domaines figurent au programme du Congrès : Dosages de l'hémoglobine (M. Lavergne), de l'albumine rachidienne (M. Nordmann), des protéines sanguines par microdosage (M. de Traverse), de l'insuffisance hépatique (M. Barbier) ; mise en évidence du bacille de Loeffler (M. Sohier) ; exploration cyto-hormonale de la stérilité (M. Moricard) ; diagnostic des tumeurs bronchiques (M. Delarue) ; dosage des cétostéroïdes (M. Lichtwitz) ; dosage enfin des hormones choriales (M. Cheymol) ; en somme, un témoignage et une promesse à la fois de la richesse présente et future du laboratoire en médecine.

R. L.

INTERETS PROFESSIONNELS

POUR LA LIBRE PRESCRIPTION DES MÉDICAMENTS

L'UNION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE, réunie à la Faculté de Médecine le 24 novembre 1947, s'émeut des atteintes répétées portées à la libre prescription des médicaments, dont le principe est cependant inscrit au Code de Déontologie promulgué par un décret du Gouvernement de la République. L'Union soutient plus que jamais la protestation des Syndicats médicaux contre la publication d'une liste de spécialités agréées à l'usage des collectivités et des divers services publics (liste parue au « J. O. » du 20 sept. 1947). Cette liste a été publiée malgré la protestation des Professeurs de la Faculté, spécialisés en thérapeutique, et en l'absence d'un examen préalable, réclamé par eux, de la part des Syndicats médicaux et des médecins spécialisés.

L'UNION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE rappelle, à l'unanimité et une fois de plus, que l'intérêt des malades exige que même les plus pauvres puissent recevoir une thérapeutique adéquate et que seules des raisons d'ordre scientifique et de conscience professionnelle soient en jeu, lorsqu'il s'agit pour un médecin d'établir une prescription.

INFORMATIONS
(Fin)

Hôpitaux de Paris

Concours d'O. R. L. des hôpitaux (une place). — M. Maspétiol a été nommé.

Concours de l'Externat de 1947. — Jury : MM. les Drs Mallet, Rubens-Duval, André, Israël, médecins ; Verne, Monsaingeon, Dufour, Guenin, chirurgiens ; Joseph, spécialiste.

Concours spécial de médecin des hôpitaux de Seine-et-Oise

Hôpital du Raincy : M. le Dr Bensaude. — **Hôpital de Corbeil** : M. le Dr Isorni.

Facultés de Médecine

Agrégation. — Le nombre des places mises au concours est augmenté (enseignement de la France d'Outre-Mer). Médecine générale, 1 place ; chirurgie, 2 places ; neurochirurgie, 1 place.

Facultés de province

Lyon. — M. Reboul, agégé de physique médicale, affecté à la Faculté de Bordeaux, est transféré, à compter du 1er octobre 1947, à la Faculté de Médecine de Lyon dans le poste de sa spécialité vacant à cette Faculté.

Le titre de professeur-honoraire a été conféré à M. le professeur Tavernier, admis à la retraite.

M. Revol, professeur sans chaire, a été nommé professeur titulaire de pharmacie galénique.

Montpellier. — M. Lamarque, professeur sans chaire, a été nommé professeur titulaire d'électro-radiologie.

Ecoles de Médecine

Angers. — M. Rousseau, professeur suppléant, a été nommé professeur titulaire la chaire d'anatomie.

M. Bigot, professeur de pathologie interne, a été transféré dans la chaire de clinique médicale.

Nantes. — M. Boquien, professeur suppléant, a été nommé professeur titulaire de pathologie et clinique médicale.

Légion d'honneur — GUERRE

OFFICIER. — Méd. cap. de réserve Gschwind (subdiv. du Haut-Rhin).

CHEVALIER. — Méd. lieut. Comolli ; méd. cap. Lhuerre ; méd. lieut. Lesure ; méd. cap. Bozon.

Légion d'honneur — SANTÉ PUBLIQUE

OFFICIER. — M. le Dr Nicaud, médecin chef de service à l'Hôtel-Dieu.

Médaille pour acte de courage et de dévouement. INTÉRIEUR

MÉDAILLE D'ARGENT DE 1re CLASSE. — M. le Dr Beller, médecin inspecteur de la Santé, directeur au bureau d'hygiène de la ville de Brest.

Académie des Sciences. — Dans sa séance du 1er décembre, l'Académie a élu vice-président pour 1948 M. Jacob, membre de la section de minéralogie.

M. Villat, vice-président en 1947, prendra la présidence en 1948.

Académie de Médecine. — L'élection du vice-président aura lieu dans la séance du 9 décembre.

La séance annuelle est fixée au 16 décembre.

Enfin le 23 décembre aura lieu l'élection du secrétaire général.

M. Lesbouryes, professeur de pathologie bovine à l'Ecole d'Alfort, a été élu membre titulaire dans la section vétérinaire (2 déc. 1947).

Bureau d'hygiène de la ville de Reims

Un concours sur titres est ouvert en vue du recrutement d'un directeur du bureau d'hygiène de Reims.

Les docteurs en médecine candidats doivent s'inscrire auprès du maire de Reims avant le 10 décembre 1947.

Association des Pédiatres de langue française

La prochaine réunion de l'Association ura lieu à Paris, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, les 28 et 29 février 1948.

Les noms des auteurs et le titre des communications doivent être adressés avant le 15 janvier au Secrétaire général, le Dr Jacques Odinet, 3, avenue Bugeaud, Paris (16e). Tél. Passy 80-97.

COURS

Conférences du dimanche

L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1947-1948, une série de conférences hebdomadaires. Elles ont lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'amphithéâtre de la clinique chirurgicale infantile, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Ces conférences sont publiques et gratuites.

7 décembre. — Dr Michel Albeaux-Fernet, médecin des hôpitaux : Les œstrogènes de synthèse en thérapeutique génitale.

14 décembre. — Dr Jean Bernard, médecin des hôpitaux : Le diagnostic et le traitement des leucoses aiguës (projections).

21 décembre. — Dr Georges Rouhier, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis : La thérapeutique des fibromes utérins.

CLINIQUE MEDICALE DE L'HOTEL-DIEU
(Professeur : M. Henri Bénard)

Conférences de pneumologie

10 décembre. — Dr Bariety : Les tumeurs intra-thoraciques ganglionnaires et glandulaires.

17 décembre. — Dr Bariety : Les tumeurs intra-thoraciques dysembryoplasiques.

7 janvier 1948. — Dr Brouet : Dilatation des bronches : aspects anatomiques et place nosologique.

14 janvier. — Docteur Brouet : Dilatation des bronches : formes ciniques.

21 janvier. — Dr Brouet : Dilatation des bronches : diagnostic et traitement.

28 janvier. — Dr Brouet : Les suppurations pulmonaires : étiologie et nosologie.

4 février. — Dr Brouet : Les suppurations pulmonaires : aspects cliniques et diagnostic.

11 février. — Dr Brouet : Les suppurations pulmonaires : traitement.

HOPITAL FOCH A SURESNES

M. le professeur agrégé Kourilsky
M. le professeur agrégé Merle d'Aubigné
M. le docteur Grasset

La Fondation Foch, malgré son éloignement, est d'un accès facile. Les étudiants suivant les stages peuvent y être facilement à 9 h. 30 et en repartir suffisamment à temps pour les cours et travaux pratiqus.

Il existe deux moyens principaux è:

1° Le métro jusqu'au « Pont de Neuilly », puis l'autobus 144 (descendre à la station rue du Bac, à Suresnes ;

2° Le métro jusqu'à la gare Saint-Lazare, puis le train (descendre à la gare de Suresnes).

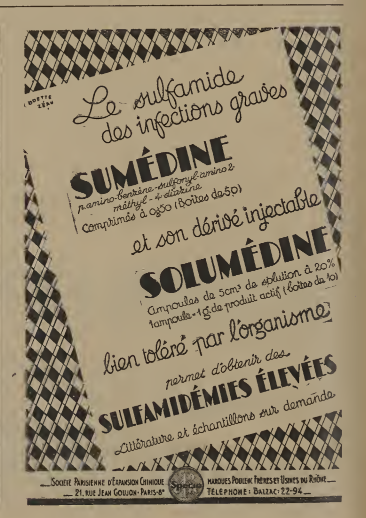
Les heures de départ des trains à Saint-Lazare sont 8 h. 14, 8 fr. 29, 8 h. 44, 8 h. 59, 9 h. 14.

Les heures de retour sont les suivantes : 12 h. 1, 12 h. 16, 12 h. 31, 12 h. 46, 13 h. 1.

Les étudiants en médecine habitant les régions limitrophes Suresnes, Puteaux, etc., ou habitant à proximité de la gare Saint-Lazare ou du pont de Neuilly, peuvent s'y rendre très rapidement.

Nécrologie

Le Dr Louis Guillemot, ancien chef de service aux Enfants-Malades, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.



Dépôt légal. — 1947. — 4[e] trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VII[e]).

N° 50. — SAMEDI 13 DECEMBRE 1947 120e ANNEE Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 375 fr. Etudiants, 200 fr. ; Etranger, 600 fr.
Chèques Postaux Paris : 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

DEUIL NATIONAL

Le deuil causé par la fin tragique du Général Leclerc et de ses compagnons, a été vraiment un deuil national.

Personne en France, et à Paris surtout, n'a perdu le souvenir de ces grandes journées où la 2e D. B. conduite par Leclerc fonçait sur Paris, le libérait et, sans prendre de repos, bousculant l'ennemi, libérait enfin Strasbourg. Et c'est avec un sentiment unanime d'affliction profonde que la foule parisienne l'a accompagné aux Invalides où il repose maintenant près du Maréchal Foch, dans le caveau des gouverneurs.

Leclerc aura libéré une seconde fois Paris si l'unanimité, réalisée hier dans le deuil, se maintient dans les jours qui vont suivre.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours d'assistant d'anesthésie et de réanimation
(ouvert le 14 novembre 1947)

CLASSEMENT DES CANDIDATS. — Mlle Delayaye, 30 points ; MM. Amiot, 29 1/2 ; Boureau, 29 ; Cara, 28 1/2 ; Maroger, 28 ; Dautrebente, 27 1/2 ; Bay, 27 ; Kern, 26 1/2 ; Mlle Labatt de Lambert, 26 ; MM. Sibaud, 25 1/2 ; Lavoine, 25 ; Mlle Angles, 24 1/2 ; Mme du Bouchet, 24 ; M. Duranteau, 23 1/2 ; Mme Lande, 23 ; MM. Daum, 22 ; Bourgens-Gavardin, 22 ; Le Brigand, 22 ; Izanok, 22 ; Mlle Boinet, 20 ; Mme Cauvy Saint-Paul, 20 ; Mme Conte, 20 ; MM. Faure, 20 ; Flaisler, 20 ; Mlle Fossier, 20 ; M. Genin, 20 ; Mlle Giret, 20 ; MM. Guilleminot, 20 ; Joffroy, 20 ; Mme Mandel-Babeka, 20 ; MM. Marotte, 20 ; Maugenest, 20 ; Poidevin, 20 ; Worm, 20.

Préfecture de la Seine

Un concours sur titres est ouvert le 22 janvier 1948 en vue de la nomination d'un **Chirurgien en chef au Groupe Hospitalier Paul-Brousse.**

Pourront seuls prendre part à ce concours les docteurs en médecine d'une faculté française possédant la nationalité française à titre originaire ou naturalisés français remplissant les conditions prévues par l'ordonnance du 19 octobre 1945, notamment les articles 81, 82, 83 relatifs à l'accès des naturalisés aux fonctions publiques.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 5 janvier 1948 inclusivement à la Direction des Affaires Départementales — Sous-Direction des Etablissements Départementaux d'assistance — 1er Bureau, porte 152, de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 h., samedi après-midi, dimanche et fêtes exceptés. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront adresser leur demande et leurs pièces à l'adresse ci-dessus indiquée, de manière qu'elles parviennent au plus tard le 5 janvier par lettre recommandée.

— Un concours est ouvert le 26 janvier 1948 en vue de la nomination d'un **médecin assistant au Groupe Hospitalier Paul-Brousse, à Villejuif** (Seine). Les inscriptions seront reçues jusqu'au 5 janvier 1948 inclusivement, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, à la Préfecture de la Seine.

— Un concours pour le recrutement de **deux médecins assistants à l'hôpital Franco-Musulman** (médecine générale, dermato-vénéréologie) est ouvert le 28 janvier 1948.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 10 janvier 1948 inclusivement à la Direction des Affaires Départementales, 2, rue Lobau,

Hospice National des Quinze-Vingts

Il est ouvert à la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts les trois concours suivants :

a) Un concours pour trois emplois de chef de clinique ;

b) Un concours pour six emplois au moins de chef de clinique adjoint ;

c) Un concours pour douze emplois au moins d'assistants de clinique (titulaires ou stagiaires).

Les demandes d'inscription pour les trois concours seront reçues au secrétariat de l'hospice national des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, Paris (12e), jusqu'au lundi 15 janvier 1948.

Faculté de Médecine de Paris

Honorariat. — Le titre de professeur honoraire a été conféré à MM. les Professeurs Guillain et Loeper, retraités.

Facultés de province

Aix-Marseille. — M. de Vernejoul, chirurgien des hôpitaux de Marseille, a été nommé, à compter du 1er octobre 1947, professeur titulaire de technique chirurgicale.

— M. Beltrami, professeur sans chaire a été nommé, à titre personnel, professeur titulaire de stomatologie, à compter du 1er octobre 1947.

Nancy. — M. Rousseau, agrégé, a été nommé à compter du 1er octobre, professeur titulaire de neuro-chirurgie.

Strasbourg. — MM. les Professeurs Ambard et Rohmer, admis à la retraite, ont reçu le titre de professeur honoraire.

Certificat P. C. B.

Décret n° 47-2288 du 3 décembre 1947 modifiant le décret du 23 janvier 1934 relatif au certificat d'études physiques chimiques et biologiques.

Le président du Conseil des ministres,

Sur le rapport du ministre de l'éducation nationale,

Vu le décret du 23 janvier 1934 relatif au certificat d'études physiques, chimiques et biologiques ;

Vu l'avis de la section permanente du Conseil de l'enseignement supérieur,

Décrète :

Article premier. — L'article 8 du décret du 23 janvier 1934 susvisé est complété ainsi qu'il suit :

....

« Tout candidat qui n'aura pas obtenu à la session de juillet, pour l'ensemble des épreuves, une note moyenne au moins égale à 7 sur 20, sera ajourné à un an. La note zéro est attribuée à toute épreuve pour laquelle le candidat est défaillant.

« La note moyenne éliminatoire devra, après examen détaillé du livret universitaire, être confirmée par une seconde délibération du jury, examen et délibération dont le président fera mention au procès-verbal.

« Le jury est souverain. Aucune réclamation, aucun recours ne seront recevables contre les décisions qu'il aura prises, conformément aux dispositions du présent article.

« Toutefois, les dispositions des trois paragraphes précédents ne sont pas applicables aux étudiants bénéficiaires des arrêtés des 9 et 10 août 1945. »

(J. O., 5 déc. 1947.)

Anesthésie-réanimation

Le secrétaire administratif du Massachusetts General à Boston, fait savoir que cet hôpital serait disposé à recevoir, pour une durée imposée de deux ans, un docteur en médecine destiné à apprendre l'anesthésie et la réanimation à cet hôpital pour organiser ensuite cet enseignement en France.

Les candidats sont priés d'adresser leur demande au professeur Moulonguet (Chaire de Technique Chirurgicale à la Faculté de Paris), avec toutes indications concernant leur état-civil, leurs titres civils et militaires, leurs travaux scientifiques.

Les demandes devront parvenir au professeur Moulonguet, avant le 15 décembre.

Santé Publique

Comme on le sait, le ministère de la Santé publique a été rétabli :

Mme Poinso-Chapuis, ministre de la Santé publique et de la Population, vient de former son cabinet :

On été nommés :

Directeur du cabinet : M. Alain Barjot, maître des requêtes au Conseil d'Etat ;

Directeurs-adjoints : M. le Dr Daniel Boide, agrégé du Val-de-Grâce et Mlle Renée Marc ;

Chef de cabinet : M. Michel-Jean Mafart ;

Chef adjoint : Mlle Odette de Coccola ;

Conseiller technique : M. le Dr Jean-Robert Debray ;

Chargé de mission : M. J.-M. Galle ;

Attachée de presse : Mlle Joanine Roy :

Attachée parlementaire : Mlle M.-Th. Pezet ;

Chef du secrétariat particulier : Mlle Renée Coirard.

Fichier sanitaire de la prostitution

Le J. O. du 23 novembre 1947 publie un décret n° 47-2253 du 5 novembre 1947 portant application de la loi n° 46-795 du 24 avril 1946 tendant à instituer un fichier sanitaire et social de la prostitution.

Sanatoriums. — M. le Dr Jean Couette, médecin-directeur des sanatoriums publics en disponibilité, est réintégré dans le cadre à compter du 1er novembre 1947 et mis à la disposition de M. le Préfet de l'Oise en vue d'assurer le service des dispensaires antituberculeux de son département.

Avis de concours. — Un concours sur titres est ouvert en vue du recrutement d'un directeur de bureau d'hygiène pour la ville de Tours (Indre-et-Loire).

Les candidats doivent posséder le diplôme de docteur en médecine et des titres d'hygiène suffisants.

Les dossiers et toute demande de renseignements devront parvenir à M. le maire de Tours avant le 31 décembre 1947.

Un concours sur titre est ouvert en vue du recrutement d'un directeur de bureau d'hygiène pour la ville d'Amiens (Somme).

Les candidats doivent posséder le diplôme de docteur en médecine et des titres d'hygiène suffisants.

Les dossiers et toute demande de renseignements devront parvenir au maire d'Amiens avant le 31 décembre 1947.

Avis de vacance

Un poste de Médecin-directeur est actuellement vacant au Sanatorium de Ponteils (Gard).

Les candidatures devront être adressées dans un délai de trois semaines à compter de la publication du présent avis, au ministère de la Santé publique et de la Population (direction de l'Administration Générale du Personnel et du Budget, 3e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Postes vacants :

— Médecin-adjoint au sanatorium de la Tuyolle, à Taverny (Seine-et-Oise).

— Médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé, faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Saint-Rémy (Haute-Savoie).

Adresser les candidatures au ministère de la S. P. (personnel et budget), 3e bureau), 7, rue Tilsitt, Paris (17e).

Ecole du service de santé militaire

Classement, par ordre de mérite, des candidats admis à l'école du service de santé militaire, à la suite du concours de 1947, et qui ont opté pour la section médecine « Troupes coloniales » :

Catégorie P. C. B. — Denjean, Lafaye, Mayoux, Girard, Husson.

Classement par ordre de mérite, des canditats admis à l'école du service de santé militaire en 1947 et qui ont opté pour la section médecine du service de santé de l'air :

Catégorie P. C. B. — Joseph, Barrière, Nicolas, Saint-Jean, Bernard, Despiau, Ait-Idir, Lalevée, Toussaint, Bertoni.

Hôpitaux militaires

Sont nommés assistants des hôpitaux militaires, section air : Médecin capitaine L. Tabusse, de la 2e région aérienne (concours de médecine 1946) ; M. P. Robert, de la 1re région aérienne (concours de chirurgie 1947).

Hôpitaux coloniaux

Sont nommés, pour régularisation, les médecins, chirurgiens spécialistes et assistants des hôpitaux coloniaux (sessions en Indochine 1942 et 1944).

Médecins : MM. le méd. com. Touzin, le méd. cap. Veyre.

Chirurgiens : MM. le méd. lieut. col. d'Anella, le méd. cap. Dauphin et le méd. cap. Farges (mort pour la France à Hanoï).

Spécialistes : MM. les méd. com. Woithelet et Taillard.

Assistants (médecine) : MM. Veyre, Porte, Valette et Courbières.

Chirurgie) : MM. Thévenin, Fesquet, Brisbare et Mahoudo.

Bactériologie) : MM. Valette et Mathurin.

(Stomatologie) : MM. Graziani et Bagarry.

(Electroradiologie) : M. Barada (mort pour la France à Hanoï).

Académie de Médecine

Séance annuelle, **le mardi 16 décembre 1947, à 15 heures.** — Ordre du jour :

1° Allocution de M. J. Jolly, président : L'œuvre des médecins dans la France d'outre-mer ;

2° Proclamation des prix, par M. H. Bénard, secrétaire annuel ;

3° De la chirurgie physiologique, par M. R. Leriche.

Médaille du Professeur Etienne Sorrel

La remise de la médaille offerte au Professeur Etienne Sorrel par ses amis et élèves aura lieu le samedi 20 décembre à 11 heures, à l'hôpital Trousseau, 158, avenue du Général-Michel-Bizot.

Centre d'études statistiques médicales et sociales

La réunion semestrielle du Centre d'études statistiques médicales et sociales aura lieu le 13 décembre 1947 au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de Médecine, 21, rue de l'Ecole de médecine (escalier D, 2e étage), à 14 h. 30.

Les sujets étudiés sont les suivants :

1°) Organisation de la statistique dans le domaine sanitaire ;

2° Simplification des techniques statistiques ;

3° Etudes statistiques des contaminations tuberculeuses.

La Nuit de la Médecine

L'Asociation « Femmes et Enfants de Médecins » et la « Maison de la Médecine », organisent cette année la « Nuit de la Médecine » qui aura lieu le vendredi 6 février 1948, dans le cadre magnifique du Palais de Chaillot.

Contrairement à l'année dernière, les assistants n'auront pas l'occasion d'apprécier les multiples ébats sous-marins de la belle Viviane Romance. Mais les organisateurs ont fait un gros effort, la Nuit de la Médecine offrira un spectacle de variétés de très grande classe suivi, dans une ambiance sympathique, d'un grand bal de nuit avec le concours des meilleurs orchestres de danse. Est-il besoin de dire qu'on pourra également s'attarder près du buffet et du bar, abondamment pourvus.

Confrères, venez nombreux à la Nuit de la Médecine 1948 et amenez vos familles et vos amis et n'oubliez pas qu'en passant une agréable soirée, vous venez en aide aux femmes et aux enfants malheureux de notre profession, n'hésitez pas et retirez vos cartes (prix spéciaux pour les étudiants), à la Maison de la Médecine, 6, rue Férou.

(Fin des Informations, page 86.)

REVUE GÉNÉRALE

Quelques problèmes biologiques en chirurgie

par le Dr Anis Makhlouf (Beyrouth)

Vivant dans une période où la lutte pour la vie et les préoccupations matérielles souvent l'emportent sur les considérations d'un ordre plus élevé, nous sommes portés dans ce siècle de la vitesse à transposer dans l'exercice de notre art les tendances actuelles de la vie moderne. Plutôt que de réfléchir sur certains problèmes nous acceptons d'emblée les directives d'un prospectus et puisque la posologie et les indications d'un médicament nous sont fournies toutes prêtes par le fabricant, pourquoi perdre du temps à en saisir le mécanisme...

Il est pourtant en chirurgie des domaines restés peu familiers et bien des questions qui, si elles effleurent rapidement notre pensée, ne retiennent pas longtemps notre attention.

C'est quelques-uns de ces problèmes d'ordre biologique qui intéressent plus spécialement le chirurgien, que je veux passer rapidement en revue et essayer de schématiser pour en faire ressortir les traits principaux.

Je ne retiendrai que les suivants :

I. — L'Hydratation et l'équilibre du système Eau-Electrolytes.

II. — L'Acidose et l'Alcalose.

III. — Les Troubles de la nutrition : les déficiences vitaminiques et l'hypoprotéinémie.

IV. — Le Shock traumatique.

I. — L'Hydratation et l'Equilibre du système Eau-Electrolytes ou « Water-Balance » des Américains

L'eau est plus importante que n'importe quelle substance dans l'organisme humain. Elle rentre pour 70 % environ dans la composition du corps et est à la base de nos actes physiologiques.

L'eau est bue en quantités variables par habitude et pour calmer la soif ; elle est aussi fournie par d'autres liquides et par la nourriture. Elle passe alors dans trois endroits différents : le sang, les espaces intercellulaires et les cellules elles-mêmes. Bien qu'il n'y ait pas de réservoir spécial pour aucun d'entre eux, l'eau peut cependant être mobilisée à partir des espaces intercellulaires.

Quand l'homme est en pleine santé l'équilibre est maintenu par la faim et la soif qui sont des besoins que l'homme satisfait automatiquement ; mais en cas de maladie ou après une opération le patient ne peut répondre à ces demandes, et c'est au chirurgien à fournir les liquides nécessaires.

De plus à une ingestion donnée d'eau, l'organisme répond par une élimination proportionnelle. La quantité totale d'eau du corps est ainsi maintenue à un niveau assez constant.

Des études faites dans ces dix dernières années se sont dégagés l'importance de l'eau dans les échanges cellulaires et le métabolisme des tissus ainsi que la notion du « Water balance » ou équilibre hydrique qui régit la proportion entre le total des liquides ingéré par les voies et le total excrété par les reins, les poumons, le revêtement cutané et les intestins, aussi bien que par toute voie anormale : aspiration de l'estomac ou de l'intestin, une fistule intestinale, un drainage des voies biliaires...

La connaissance des besoins de l'organisme en eau dans la maladie et dans l'état de santé est donc extrêmement importante.

Le plasma sanguin constitue 5 % du poids du corps, les liquides des espaces intercellulaires 15 % et ceux des cellules 50 %.

La composition du plasma est presque identique au liquide interstitiel sauf que le plasma a une plus grande proportion de protéine, les deux constituent le liquide extracellulaire par opposition au liquide des cellules ou liquide intracellulaire.

La qualité et la quantité d'électrolytes contenus dans ces deux liquides est différente. Les ions sodium et chlorures prédominent dans le liquide extracellulaire alors qu'ils sont absents dans le liquide intercellulaire, ce dernier ayant surtout des ions potassium et phosphates avec une forte proportion de protéines.

L'équilibre entre les deux milieux est maintenu par une pression osmotique très délicate et tout changement dans la concentration relative des électrolytes se traduit par une rupture d'équilibre et a pour conséquence de l'acidose ou de l'alcalose.

La réserve relativement grande de liquide interstitiel par son passage dans le courant sanguin sert à remplacer les pertes de plasma, à condition que ces pertes soient modérées et pas trop fréquentes.

Alors que l'ingestion d'eau sert entièrement au liquide extracellulaire, le liquide intracellulaire se forme surtout à partir de l'oxydation des aliments, et le rein est chargé de l'élimination de l'eau et des électrolytes pour maintenir constant le volume et la concentration du liquide extracellulaire.

Par exemple si trop de sel est ingéré, le rein, s'il fonctionne bien, en élimine immédiatement l'excès : si les humeurs sous une influence quelconque deviennent trop acides ou trop alcalines, les reins rétablissent l'équilibre en formant une urine alcaline ou acide selon les besoins.

La distribution et la répartition des liquides dans les différents milieux est liée à une série de mécanismes impliquant la circulation du sang, la perméabilité des capillaires et des parois cellulaires et le montant des protéines du plasma. L'importance de ces dernières ne saurait trop être soulignée puisque ce sont elles qui régissent le mécanisme des échanges cellulaires, l'hypoprotéinémie s'accompagnant toujours d'œdème des tissus. C'est en effet en raison de la pression osmotique exercée par ces substances colloïdes contre la pression du sang dans les capillaires qu'est empêchée l'issue de liquide des capillaires dans les tissus environnants.

Dans les troubles de la nutrition, les suppurations prolongées, les brûlures étendues et certaines néphrites avec pertes de protéines la quantité de protéines du plasma est si basse qu'un œdème généralisé peut survenir. Dès que la quantité descend au-dessous de 5 gr. 2 % (normal de 6,5 à 7,5) les liquides quittent les vaisseaux et l'œdème se développe.

Toutefois si des quantités exagérées de sel et d'eau sont administrées un œdème franc peut apparaître, même avec une protéinémie normale.

Origines de l'eau

L'eau de l'organisme provient, nous l'avons déjà vu, de deux sources : l'eau ingérée nature ou contenue dans les aliments, évaluée à 1.500-2.500 cc. par jour et l'eau provenant de l'oxydation des aliments, appelée « eau d'oxydation ». Cette oxydation du reste pouvant se faire en l'absence d'ingestion d'aliments aux dépens des réserves de l'organisme, contenues dans le foie, les muscles, la graisse, etc... Ainsi dans le jeûne ou la maladie, quand on ne prend rien par la bouche, de 300 à 500 cc. peuvent quand même être tirés de l'oxydation des tissus.

Coller et Maddock estime à 2.000 cc. la quantité bue en un jour par un individu de vigueur moyenne, et 1.000 cc. l'eau provenant des aliments, soit en tout 3.000 cc.

Déperditions d'eau

L'eau du corps est éliminée par trois voies :

L'évaporation à partir de la peau et des poumons,

Les reins,

Les voies digestives.

Evaporation

La chaleur du corps est normalement dissipée par l'évaporation qui se fait au niveau de la peau et des poumons, selon un processus continuel, sous forme d'émanations gazeuses, renfermant surtout du gaz carbonique et de la vapeur d'eau.

Ces « pertes insensibles » ou « insensible water » des Américains en l'absence de toute transpiration visible s'élèvent chez l'individu normal à 1.000 cc.-1.500 cc. par jour comme l'ont montré Johnson et Newburgh. La chaleur ainsi dissipée s'élève à 25 % de la chaleur du corps. En présence de fièvre et de métabolisme augmenté, cette quantité est augmentée ; ainsi dans l'hyperthyroïdie, elle peut atteindre 2.000 à 3.000 cc.

En calculant la quantité de liquides à donner à un patient, on doit donc, dans ce cas précis, tenir compte de ces « pertes insensibles » bien qu'elles ne s'accompagnent pas aussi d'une déperdition d'électrolytes appréciables, et ne soient probablement pas la cause principale de la déshydratation.

Par contre en cas de travail physique pénible, de fortes températures et d'humidité, la transpiration survient ; jusqu'à 100 %

de la chaleur du corps peut être ainsi dissipée, ce qui nécessite plusieurs litres d'eau, d'où perte de liquide et d'électrolytes.

La sueur est en effet excrétée en solution hypotonique : 0,2 % de NaCl ; puisque la sueur provient du sérum, chaque litre de sueur représente un litre d'eau de perdu et puisque le pourcentage de sel y est inférieur à celui des humeurs, un excès de sel laissé dans l'organisme. Il ne peut être retenu dans les tissus sans l'eau nécessaire pour le rendre isotonique : il est alors éliminé par les reins.

Dans ce cas précis, pour remplacer le liquide et les électrolytes ainsi perdus par la respiration, il faut donner une solution salée à 0,2 % et non pas de l'eau pure ; cette dernière, en cas de transpiration profuse, pouvant provoquer une diminution de la pression osmotique et occasionner le syndrome connu sous le nom de « crampe des mineurs ».

Si le liquide doit être donné par la voie parentérale, il faut administrer de l'eau physiologique et non du sérum glucosé car ce dernier ne contient pas d'électrolytes et après la combustion du glucose, l'eau qui reste ne peut être retenue sans la quantité de sel pour la rendre isotonique.

Par contre en présence d'évaporation intense sans transpiration, « insensible water » augmenté, comme c'est le cas dans l'hyperthyroïdie, le sérum glucosé trouve son indication puisque, comme nous l'avons déjà vu, il n'y a pas de perte d'électrolytes.

Elimination par les urines

Après avoir satisfait les demandes nécessitées par la vaporisation qui a pour ainsi dire priorité sur les autres processus, les liquides qui restent dans l'organisme servent à l'excrétion par les urines des déchets métaboliques dont le poids total en 24 heures est de 35 gr.

Lashmet a montré que pour les éliminer sous une forme concentrée au moins 500 cc. d'eau sont nécessaires. Le rein en bon état est capable de le faire ; il peut excréter une urine avec un poids spécifique de 1.032 (normal 1.002 au minimum) ; en cas de maladie, le rein a un pouvoir moindre de concentration et jusqu'à 1.500 cc. sont nécessaires pour éliminer les 35 gr. de déchets.

Si la quantité d'eau nécessaire pour cela n'est pas fournie, ces déchets s'accumulent dans l'organisme avec pour résultat une augmentation de l'azote protéinique dans le sang.

Coller et Maddock estiment que 1.000 cc. d'urine chaque jour constituent une excrétion satisfaisante pour la plupart des malades chirurgicaux, ce chiffre représentant le double de ce qui est nécessaire à des reins normaux pour éliminer les déchets.

Toutefois dans le cas de reins malades, et en présence de patients graves avec une infection sérieuse, une affection des voies biliaires, par exemple, ou des troubles sévères de la nutrition, une élimination de 1.500 cc. d'urine au minimum est indispensable.

Elimination par les selles

L'appareil gastro-intestinal à cause de ses nombreuses fonctions excrète une quantité énorme d'eau sous forme de salive, liquide gastrique, bile, suc pancréatique, sécrétions intestinales.

Gamble estime le volume total à 8.200 cc. par jour ; mais après avoir servi aux fonctions digestives il est réabsorbé dans l'iléon et le début du colon, si bien que le bol fécal contient à peine 150 cc. d'eau. Cette circulation gastro-intestinale représentant 2 à 3 fois la quantité d'eau absorbée en 24 heures, est à peu près le double du volume du plasma sanguin.

Aussi comprend-on combien est important pour le chirurgien tout trouble qui entraverait ce circuit : vomissements, aspiration de l'estomac et de l'intestin à la Wangenstein, fistules intestinales et biliaires, diarrhées, etc.

Non seulement cela se traduit par une énorme perte de liquide mais aussi par une perte d'électrolytes, car nous savons que ces sécrétions dérivées du plasma ont à peu près la même composition que lui. Aussi les conséquences se laissent-elles prévoir.

Déperdition du suc gastrique

1° La perte continuelle de liquide gastrique (dans les vomissements par exemple) qui a une forte proportion d'ions chlorures, appauvrit le sérum de ces ions chlorures et partant le rend plus riche en ions sodium. Ce sodium se combine alors avec le Co^2 formé par le métabolisme cellulaire, d'où élévation des bicarbonates dans le sang et création d'un état d'alcalose qui peut se confirmer par les analyses de laboratoire : on trouvera une diminution des chlorures du sang et une augmentation du « pouvoir de combinaison » du Co^2 du plasma.

La deuxième conséquence de cette déperdition de suc gastrique est l'insuffisance des liquides restants pour permettre une bonne élimination rénale, d'où rétention azotée dans le sang. Et si jamais il se surajoute une privation d'hydrates de carbone, voilà en plus de l'acétonémie.

Déperdition de sucs intestinaux

Par contre si la déperdition a lieu au niveau de l'intestin grêle et du colon où prédominent les sécrétions alcalines, les chlorures sanguins peuvent être normaux ou même augmentés de quantité, mais les ions sodium sont diminués; le Co^2 n'ayant plus à couvrir les ions sodium, les bicarbonates sont de ce fait diminués dans le sang.

Au laboratoire cela se manifestera par une diminution du « pouvoir de combinaison » du Co^2 du plasma, indiquant une acidose.

L'ion sodium, une fois perdu, ne peut pas être remplacé comme l'ion chlorure ; nous l'avons vu plus haut, ce dernier est de suite remplacé par les bicarbonates.

Pour maintenir alors l'équilibre acide-base, l'ion chlorure est excrété, d'où il résulte une diminution des électrolytes des tissus et pour garder la concentration de ces substances à un même niveau, une élimination et une diminution des liquides des tissus de l'organisme.

La déshydratation est ainsi plus facile à survenir dans les déperditions de sodium qu'après les déperditions de chlorure.

Et comme le volume d'eau devient insuffisant pour l'élimination des produits de déchets il s'en suit ici encore une accumulation de ces produits manifestée au laboratoire par une augmentation de l'azote non protéinique.

***

L'exposé de ces notions arides était nécessaire pour bien comprendre les *besoins des malades en liquides et en électrolytes.*

Coller et Maddock ont démontré par leurs recherches cliniques que les besoins en liquides d'un malade chirurgical par 24 heures pouvaient se schématiser comme suit :

	Cas simple	Cas compliqué (fièvre hyperthyroïdie temps chaud)
Eau pour l'évaporation.	1.000 - 1.500 cc.	2.000 - 2.000 cc.
Eau pour urine........	1.000 - 1.000 cc.	1.000 - 1.500 cc.
Total	2.000 à 2.500 cc.	3.000 à 3.500 cc.

Ceci s'entend pour un malade non déshydraté et qui ne perd ni liquides ni électrolytes par les voies anormales.

Le malade déjà déshydraté avant l'opération devra recevoir une quantité plus grande de liquides, car celle normalement allouée devient ici nettement insuffisante.

Les auteurs ont montré que les signes cliniques de déshydratation existent quand le malade privé d'eau a maigri d'un poids égal à 6 % du poids du corps ; par exemple à un malade déshydraté qui pesait 60 kgs, il faudrait en plus de la ration ordinaire ajouter 6 % de 60 kgs soit 3.600 cc.

Déperditions post-opératoires

D'autres malades à la limite de la déshydratation deviennent définitivement déshydratés après l'opération qui, par les pertes de sang qu'elle comporte, s'accompagne d'une grande déperdition de liquide dont on ne réalise pas assez l'importance.

De Coller et Maddok nous empruntons le tableau suivant, publié par Lashmet dans *American Journal of Surgery* 1939, qui nous donne une idée des pertes de sang coutumières dans les opérations les plus courantes :

Gastrectomie partielle	274 cc.
Kyste thyreo-glosse	174 cc.
Hernie inguinale	54 et 147 cc.
Hémorroïdes	8 cc.
Appendicectomie	14 cc.
Teratome retro-péritonéal	546 cc.
Amputation du sein	1.272 cc.
Thyroïdectomie	142 et 361 cc.
Hernie ombilicale	306 cc.
Opérations sur le cerveau	de 22 à 2.050 cc.

Outre le sang perdu, il y a une déperdition de liquides due à l'évaporation à la suite des transpirations pendant l'opération. D'où l'habitude excellente de donner en cours d'intervention 1.000 à 1.500 cc. de sérum physiologique en sous-cutanée ou en intraveineuse, surtout si l'opération se prolonge ou se fait pendant une époque humide et chaude. Naturellement cette quantité qui s'adresse à remplacer le liquide perdu pendant l'opération ne devra pas être comptée dans le calcul de la ration journalière à fournir à ce malade.

De même il faudra tenir compte dans ces évaluations des autres pertes de liquides occasionnées après l'intervention par les vomissements, une évaporation ou « insensible water » augmentée par la fièvre ou la transpiration comme cela se produit chez les malades qu'on enveloppe avec de nombreuses couvertures et toutes sortes de draps de peur qu'ils ne prennent froid, pratique malencontreuse qu'on ne saurait trop blâmer qui ne sert qu'à augmenter la déperdition de liquides et prédispose justement le malade à prendre froid. S'il convient de ne pas l'exposer au refroidissement, il ne doit cependant pas être couvert plus que n'importe quelle autre personne en bonne santé, compte tenu naturellement de la saison.

Remplacement des liquides perdus

Comment remplacer les liquides ainsi perdus par l'organisme ?

La règle absolue est de remplacer par une quantité équivalente toute perte anormale de liquide occasionnée dans la période post-opératoire par une aspiration à la Wangenstein, un drainage des voies biliaires, une entérostomie ou même de simples vomissements. Ces liquides doivent être mesurés et certains auteurs vont même, après avoir collecté le liquide intestinal d'une entérostomie jusqu'à le réinjecter dans l'intestin à nouveau.

Il ne faut pas seulement calculer quantitativement mais aussi qualitativement.

L'observation minutieuse de son malade permettra seulement au chirurgien une évaluation adéquate de ses besoins.

On a beaucoup insisté sur les dangers d'une administration trop abondante de chlorures de sodium par la voie parentérale.

Si le sérum physiologique et la solution de Ringer renferment les électrolytes généralement perdus, il n'en reste pas moins vrai qu'on ne doive pas en donner plus qu'il n'en faut sans risquer de voir apparaître de l'œdème dans les viscères.

Aussi est-il indispensable de connaître d'abord :

La concentration des protéines du plasma (normal : 6,5-7,5 gr. %).

Le dosage des chlorures dans le sang (normal : 560 mmgr. %).

Bartlett et ses collaborateurs se basant sur leurs expériences et leurs études cliniques ont donné la règle suivante :

Pour chaque 100 mmgr. au-dessous de la normale, le malade doit recevoir 0 gr. 50 de NaCl, par kg. de poids.

Connaissant les besoins en chlorures, il est facile de calculer la quantité de sérum physiologique qu'il faut injecter au malade (le sérum ayant une consommation de 0,9 %).

Pratiquement, il est difficile de faire des dosages journaliers des chlorures du sang, il suffit d'un dosage hebdomadaire.

Bartlett estime que l'élimination par les urines d'une quantité supérieure à 1 gr. de sel par jour est la preuve qu'il n'y a pas de danger sérieux de déperdition de sel.

Coller et Maddock ont montré de plus que le dosage des chlorures dans le sang ne pouvait servir de critère en cas d'administration d'une quantité trop grande de chlorure puisque nous savons, disent-ils, que le résultat dans ce cas est plutôt qu'une hyperchlorurémie, l'apparition d'œdème si bien qu'ici encore la détermination des chlorures urinaires est la meilleure façon de se rendre compte si trop de sel est administré, auquel cas de très grandes quantités sont alors trouvées dans les urines.

Une fois l'économie pourvue en chlorures, la quantité de liquide qui reste à injecter doit être fournie sous forme de sérum glucosé en solution à 5 %.

Le sérum glucosé fournit en effet l'eau nécessaire à l'évaporation, à l'élimination des déchets dans l'urine, il satisfait les demandes en hydrates de carbone pour les besoins énergétiques, et sert à la formation du glycogène et à l'oxydation des corps cétoniques, comme c'est le cas dans l'hyperthyroïdie, les affections du foie, la cachexie et l'inanition.

S'il est nécessaire de prolonger l'alimentation au sérum glucosé intraveineux sur une période supérieure à quelques jours, les auteurs ont montré qu'il fallait absolument veiller aux besoins de l'organisme en vitamines, surtout en vitamine B, en complexe B et en vitamine C.

La vitamine B, surtout, s'est révélée extrêmement importante dans le métabolisme du glucose injecté.

Les réserves de l'organisme en vitamines sont vite épuisées et l'on peut voir apparaître des symptômes de déficience vitaminique.

Quand les besoins de l'organisme en glucose et en vitamines ont été satisfaits, il reste à lutter contre l'hypoprotéinémie, cause possible d'œdème : l'injection de un demi - litre de plasma toutes les 48 heures est recommandée et consistera à fournir les protéines nécessaires, surtout si le malade doit être nourri longtemps au sérum glucosé.

Telles sont rapidement exposées les grandes lignes de cet important problème qu'est l'hydratation du malade.

II. — Acidose et Alcalose

Généralités

Après le problème de l'équilibre Eau-Electrolytes, rien n'est aussi important que l'équilibre Acide-Base.

Pour bien le comprendre, il nous faut avoir présentes à l'esprit certaines notions bien définies. Normalement il y a une proportion constante entre les acides et les bases du sang et des humeurs. L'addition d'ions acides ou alcalins faibles ne peut faire varier d'une façon appréciable cette proportion car l'organisme mobilise aussitôt les ions opposés pour rétablir la balance.

C'est ce qu'on appelle l'Equilibre Acide-Base.

Il a été admis de définir la teneur du sang en acides et en base d'après la concentration en ions-hydrogène.

Cette concentration qui nous donne l'exacte nature de la réaction du sang et des tissus de l'organisme, est maintenue à un niveau d'une remarquable constance et ce, par une série de mécanismes très délicats et très compliqués dont la description exacte dépasse le cadre de cet exposé.

Sorenson a proposé de la désigner par le facteur pH, la neutralité absolue étant pH = 7 ; au-dessus de 7 la réaction est alcaline, et un pH au-dessous de 7 est acide.

D'après Gamble la base la plus importante est le sodium et le principe radical acide est le ion chlore. La réaction du plasma et des autres humeurs est surtout déterminée par la quantité d'acide carbonique par rapport aux bicarbonates présents. C'est ce qu'on exprime par l'équation :

$$pH \quad \frac{H^2\ oo^3}{NaH\ Co^3} \quad \text{(signifie équivalent)}$$

Cette proportion se montre pratiquement telle que le plasma est toujours alcalin, mais cette alcalinité peut varier ; déterminé dans le sang artériel le pH oscille entre 7,3 et 7,5 ; il est donc alcalin. Le pH du sang veineux lui est légèrement inférieur.

Les processus physiologiques sont extrêmement sensibles aux moindres changements dans la réaction du sang et des liquides organiques. Cantarow et Trumper ont établi que même dans la maladie, les variations en deçà d'un pH 7 et d'un pH 7,8 ne sont presque jamais observées. Cette remarquable constance dans la réaction est maintenue en dépit du fait que, dans les limites d'un métabolisme normal, de grande quantités d'acides sont formées et éliminées.

Ces acides sont surtout : l'acide carbonique, l'acide lactique, les acides phosphorique et sulfurique. Les autres substances inorganiques sont des bases fortes ou neutres et il y a un nombre égal de radicaux basiques et de radicaux acides ; ces acides à l'exception de l'acide carbonique devant être neutralisés par les bases contenues dans le plasma, les cellules et les liquides interstitiels.

La proportion est maintenue surtout par la facilité avec laquelle l'ion bicarbonate varie pour parer aux besoins ; formé aux dépens de l'acide carbonique libre, quand sa présence est nécessaire, il redevient de suite acide carbonique et est éliminé par les poumons quand cette présence a cessé d'être nécessaire.

Comme sous l'influence de circonstances anormales, la concentration en bases et en radicaux acides peut présenter d'importantes

variations, le montant des ions bicarbonate peut lui aussi varier, augmentant l'alcalinité du plasma au-dessus de la normale, produisant l'alcalose, ou la diminuant au-dessous de la normale (sans jamais cependant atteindre l'acidité) ; c'est cette alcalinité diminuée que l'on décrit sous le nom d'acidose.

L'acidose survient quand sous une influence quelconque il y a une diminution des bicarbonates ou une augmentation du CO^2 dans le sang.

L'acidose par diminution des bicarbonates survient dans le diabète, les vomissements cycliques de l'enfance, les fistules biliaires, pancréatiques ou intestinales, les diarrhées.

L'acidose par augmentation de CO^2 survient dans l'intoxication par la morphine où la dépression de la respiration se traduit par l'incapacité des poumons à excréter tout le CO^2 formé.

De même l'alcalose se produit quand les bicarbonates augmentent ou quand le CO^2 diminue.

L'alcalose par augmentation des bicarbonates survient dans le traitement de l'ulcère d'estomac par administration prolongée de bicarbonates et d'alcalins ; dans les obstructions intestinales hautes (obstruction pylorique, dilatation aiguë d'estomac) ; les vomissements répétés se traduisent par une perte en HCl ; les ions Na libérés se combinent avec H^2 Co^3 du sang pour donner du Co^3 Na H^2 d'où excès de bicarbonates.

L'alcalose par diminution du Co^2 survient dans les états s'accompagnant d'hyperventilation pulmonaire ou d'hyperpnée, dans les hautes altitudes, dans les dyspnées hystériques.

Alcalose

L'alcalose se voit plus souvent que l'acidose, chez le malade chirurgical adulte.

Les vomissements sont la cause la plus courante de l'alcalose ; ils contiennent une quantité plus grande d'ions chlorures que d'ions sodium et la perte continuelle de ces deux éléments en proportions inégales se traduit par un déficit plus grand en ions chlorure qu'en ions sodium. Par le processus déjà expliqué plus haut les ions bicarbonate sont automatiquement augmentés pour remplacer les ions chlorure et couvrir les ions sodium en excès.

Les changements dans le sang se manifesteront au laboratoire par une augmentation du « pouvoir de combinaison » du Co^2 du plasma (*carbon dioxide combining power* des Américains, « réserve alcaline des Français), une diminution des chlorures du plasma, et très souvent, par une augmentation de l'azote non protéinique, car l'eau nécessaire aux reins pour l'élimination des produits de déchets étant perdue dans les vomissements, il y a rétention azotée.

Cliniquement, l'alcalose se manifestera par : une respiration lente, de la cyanose due à l'insuffisante oxydation du sang, un tremblement des muscles du visage, de l'engourdissement des extrémités, un signe de Chvostek positif et par un spasme carpopédieux. La tétanie survient souvent, due à une diminution de l'ion calcium, conséquence de l'alcalinité du sang.

Le traitement consiste à suppléer aux déperditions de chlorures de sodium et de liquides par l'administration du liquide de Ringer, ou du sérum physiologique, jusqu'à 5.000 cc. en intraveineux.

Bien que les ions sodium et chlorures soient fournis en quantités égales et que le patient ait surtout perdu des chlorures, les reins, s'ils reçoivent suffisamment de liquides pour leur permettre de remplir leur rôle excrétoire, peuvent éliminer l'excès de sodium.

Le sérum physiologique parce qu'il fournit justement les électrolytes perdus et l'eau aux tissus est retenu dans l'organisme et par là même ne constitue pas l'excès de liquide indispensable à l'élimination rénale. C'est le sérum glucosé à 5 % qui doit remplir ce rôle : le glucose une fois oxydé pour les besoins énergétiques, l'organisme pourra utiliser l'eau pour les besoins physiologiques.

Acidose

Tandis que le liquide gastrique est acide, les sécrétions intestinales sont surtout alcalines ; elles ont une plus grande proportion d'ions sodium que d'ions chlorure.

Toute déperdition de ces sécrétions se traduira par une diminution du taux normal des bicarbonates dans le sang, et partant, une diminution de l'alcalinité du plasma. L'acidose est alors constituée quand le pH devient inférieur à 7,3.

La production d'acidose par une perte anormale de ces sécrétions intestinales est moins fréquente parmi les malades chirurgicaux que l'alcalose par vomissements. Néanmoins elle survient chez l'enfant sous-alimenté, atteint de diarrhées, chez l'adulte condamné au jeûne et les malades décharnés, autophages avec grande déperdition d'eau.

Elle survient aussi chez le diabétique par accumulation d'acides gras inoxydés.

Dans les diarrhées sévères, ou les drainages copieux des voies biliaires ou de l'intestin la perte des électrolytes sodium en quantité plus grande que les chlorures, se traduira naturellement par une augmentation relative des ions chlorure avec, nous l'avons vu, comme conséquence une diminution des bicarbonates.

La nécessité de diminuer la concentration du sang en Co^2 (qui résulte de cette diminution des bicarbonates par transformation en Co^2) ce qui aiderait à corriger cet état, se traduira par une hyperpnée.

L'examen du sang décèlera donc une diminution du pouvoir de combinaison du Co^2, pouvant s'abaisser jusqu'à 20, alors que le volume de Co^2 dans le sang oscille entre 55 et 80.

Si l'acidose devient plus sévère, le malade tombe dans le coma et la mort survient.

Le traitement de l'acidose doit reposer sur la connaissance du type d'acidose, et sur les caractères cliniques révélés par l'examen du sang.

Chez l'enfant, l'administration intraveineuse de bicarbonate de soude peut constituer un grave danger, à moins qu'elle ne soit faite par un clinicien averti, car elle risque de provoquer une alcalose sérieuse suivie de tétanie, convulsions et mort.

Nous savons en outre que les enfants sont capables d'emmagasiner très peu d'hydrates de carbone, en conséquence tout ce qui peut troubler l'absorption d'hydrocarbones peut aboutir à un état d'acidose souvent dangereux. L'administration abondante d'hydrates de carbone facilement assimilables est donc la première thérapeutique à instaurer, avant comme après aussi toute intervention chirurgicale.

La recherche des corps cétoniques dans l'urine, et l'apparition des signes d'hyperventilation manifestée par une respiration plus rapide et plus ample sont des symptômes précieux.

L'enfant devra alors recevoir abondamment du glucose soit par la bouche sous forme de jus de fruits, de ginger ales, candies, etc., soit par voie intraveineuse sous forme de solution de dextrose à 10 %. Cette dernière a un léger effet déshydratant parce que un peu hypertonique, il peut être indiqué alors d'en faire précéder l'administration par une injection de sérum physiologique.

Chez l'adulte, l'acidose se rencontre surtout chez ceux qui ont été très malades pendant plusieurs jours, ont beaucoup vomi, et n'ont presque rien bu ni mangé. Les réserves de glycogène dans le foie sont vite épuisées ; l'organisme fait alors appel aux corps gras pour fournir l'énergie et en l'absence d'hydrates de carbone nécessaires, nous le savons, pour brûler les corps gras, l'oxydation reste incomplète et les acides gras, sous forme d'acide oxy-butyrique, diacétique et acétone, stade pré-final de cette oxydation, s'accumulant dans l'organisme, déplaçant les ions bicarbonates, provoque l'acidose par acétonomie.

Celle-ci se manifestera ici par de l'agitation, de la déshydratation et une odeur d'acétone dans l'haleine ; les urines deviennent rares, de poids spécifique élevé, et contiennent de grandes quantités d'acétone et d'acide acétique.

Il faut tout de même ne pas perdre de vue que l'acétone et l'acide diacétique peuvent exister aussi chez un malade en état d'alcalose.

Seule l'estimation au laboratoire du Co^2 du sang peut nous donner un renseignement certain, il peut dans ce cas tomber de 55 à 30.

L'administration intraveineuse de sérum glucosé à 5 % dans du sérum physiologique par doses plusieurs fois répétées de 1.000 à 1.500 cc. si c'est nécessaire, fournira les liquides nécessaires, restaurera les ions chlorure et fournira les hydrates de carbone sous une forme rapidement utilisable.

Bien que l'alcalose et l'acidose aient été décrits séparément, ces deux états peuvent se rencontrer chez le même sujet. Des vomissements abondants peuvent en effet diminuer le sang de ses chlorures, d'où un état d'alcalose, tandis que l'absence de nourriture et de liquides peut faire diminuer le métabolisme des hydrates de carbone, avec comme conséquence formation de corps cétoniques, acétonémie et acidose concomitante.

Il y a aussi d'autres causes d'alcalose et d'acidose, comme par exemple celles qui dérivent de moyens thérapeutiques ou dans les lésions avancées du rein, mais elles sont beaucoup moins fréquentes.

(A suivre.)

XXVI[e] Congrès français de médecine [1]

(fin)

3[e] question. — Les kystes du poumon

1[er] Rapport. — Les kystes aériens du poumon. Etude anatomique et pathogénique. — MM. Santy, Dufourt et Galy (Lyon). — Les kystes aériens du poumon peuvent se distinguer en : kystes à revêtement de type bronchique ; bulles d'emphysème pneumatocèles intrapulmonaires ; ectasies broncho-alvéolaires.

Chacune de ces catégories se subdivise à son tour en diverses variétés selon les dimensions et les caractéristiques anatomiques et histologiques, la pathogénie, l'origine congénitale ou acquise. A l'appui de ces distinctions est présentée une très importante suite de photographies, microphotographies et radiographies qui établissent la correspondance anatomo-clinique dans chaque espèce.

Dans ces descriptions, le médecin trouve un guide pour l'orientation thérapeutique.

La présence d'un épithélium dans les types à revêtement bronchique ne permet pas d'espérer jamais la disparition spontanée d'une cavité ; par contre ce revêtement limite ou retarde les manifestations d'infection locale ; le seul recours est l'exérèse par un procédé approprié à laquelle on a recours tôt ou tard.

La bulle d'emphysème géante et progressive n'est pas susceptible de se limiter d'elle-même, mais n'est pas non plus justiciable d'une exérèse.

Elle ne régresse pas spontanément ; toute thérapeutique locale est illogique et mal supportée. Ce sont les complications qui sont justiciables éventuellement d'un traitement chirurgical : infection, pneumothorax récidivant ou suffocant. De même en fonction de l'évolution en cas de pneumatocèle, lésion qui refoule mais ne détruit pas le parenchyme pulmonaire.

2[e] Rapport. — Les problèmes radiocliniques des kystes aériens des poumons. — MM. Pruvost et Depierre. — Le syndrome de kyste aérien n'est une entité radiologique qu'au moment où il est découvert, ce qui comporte une grande variété dans l'apparence. Des lésions kystiques peuvent être la séquelle de lésions pulmonaires remontant à la naissance et n'être pourtant découvertes que tardivement, en imposant alors pour des lésions acquises. D'autre part, la découverte précoce n'implique pas forcément la nature dysembryoplasique.

La plus grande prudence s'impose donc.

Les formes latentes sont fréquentes ; souvent elles ne sont révélées que par leurs complications (pneumothorax spontané, hémothorax bénin, pneumothorax suffocant, infection). La forme de la cavité sur l'image radiographique, l'aspect polykystique, la dimension d'une bulle géante, l'aspect du parenchyme voisin sont un appoint diagnostique dans les formes typiques.

Les difficultés sont plus grandes dans les formes atypiques à contours épaissis, irréguliers avec, au voisinage, des lésions parenchymateuses plus ou moins nettes.

Dépister la lésion n'est pas tout mais nécessite un examen complet au moyen de procédés multiples : examens aux rayons sous plusieurs incidences, examens en série, tomographie, exploration bronchique par bronchoscopie et lipiodol intrabronchique, exploration pleurale (pleuroscopie, pneumothorax d'épreuve), exploration même de la poche kystique (ponctions — parfois involontaires — endoscopie kystique).

Le désir de précision ne doit pas entraîner à des techniques entraînant un risque que les nécessités de la situation ne comporteraient pas.

Devant certaines images il est parfois difficile de conclure au siège intra ou extra-pulmonaire. L'exploration gastro-intestinale à la gélobarine peut faire reconnaître la hernie diaphragmatique ; le diagnostic avec certaines cavernes ou certains pneumothorax doit retenir toute la sagacité du médecin ; de même l'éventualité de certaines affections rares (maladie de Bourneville).

Certains syndromes radiocliniques s'imposent à l'attention : formes sèches ou latentes, formes hémoptoïques, kystes infectés mais non suppurés, kystes suppurés ou abcédés pouvant faire croire à une suppuration pleurale, surtout enkystée, kystes solitaires et bien drainés ressemblant à certaines dilatations bronchiques.

L'examen aux rayons peut aider à faire le départ entre kystes congénitaux et kystes acquis. Une étiologie nette et des arguments précis en faveur de la nature acquise doivent, en principe, primer des probabilités en faveur de la nature congénitale. La présomption d'origine congénitale peut retenir l'attention s'il y a simultanéité avec d'autres malformations considérées comme congénitales ou familiales, si l'apparition a lieu à un moment très précoce de l'existence, si les éléments inflammatoires manquent, s'il y a coexistence ou alternance de kystes aériens et de kystes liquidiens non inflammatoires.

On devra tenir le plus grand compte de la facilité d'imprégnation par le lipiodol, de la stabilité relative des images, de la lenteur d'accroissement, de l'absence de régression totale, de la façon dont se draine une cavité suppurée.

L'emphysème kystique ou bulleux comporte la plus grande fréquence de certaines formes, la sécheresse habituelle des cavités, leur siège superficiel ou cortical, l'imperméabilité au lipiodol, les variations de volume, la réaction de l'infection, la tendance à la rupture. Le problème est plus difficile si l'emphysème est interstitiel, s'il existe en même temps une affection pulmonaire aiguë ou chronique.

La distinction de certains kystes gazeux isolés ou multiples avec certaines tuberculoses évolutives est parfois difficile, d'autant plus que des images bulleuses ou kystiques peuvent se greffer sur des tuberculoses stabilisées ou que des tuberculoses évolutives peuvent engendrer des kystes aériens ou de l'emphysème bulleux. Enfin les deux processus peuvent s'associer sans interdépendance.

Le résultat des bacilloscopies, important, est une épreuve pour le sens critique. Malgré les progrès réalisés une révision et un complément des notions acquises sont encore nécessaires.

3[e] Rapport. — Le traitement des kystes aériens du poumon. — MM. Santy, Bérard et Galy. — La nécessité d'intervenir procède de l'apparition d'une complication : infection, hémorragie, crise dyspnéique, l'infection pouvant être une découverte de la radiographie, l'hémorragie et la dyspnée pouvant affecter des allures très diverses.

Les méthodes thérapeutiques sont la ponction, le drainage, la collapsothérapie, l'exérèse.

Le choix d'une méthode repose sur la fermeté du diagnostic anatomo-clinique.

La certitude dans le diagnostic ne dépassant souvent pas la présomption on devra se guider d'après des données théoriques et des considérations pratiques.

En théorie, les kystes bronchogènes ou à revêtement bronchique indiquent l'exérèse typique si possible (lobectomie, pneumectomie). Le grand kyste solitaire peut parfois être réséqué isolément au sein du parenchyme pulmonaire.

La bulle d'emphysème géante ne comporte pas de traitement radical mais l'infection sévère indique le drainage a minima.

La pneumatocèle peut disparaître spontanément et entièrement; ce n'est donc que si une infection de la cavité résiste au traitement local qu'on drainera avec ou sans aspiration.

En pratique le kyste latent commande l'expectative ; on ne traitera activement que les complications mais pas toujours chirurgicalement (hygiène, cures thermales, etc...).

Les hémorragies contre-indiquent toute action locale à moins d'être immédiatement alarmantes. C'est alors à l'exérèse typique qu'il faudra songer. L'infection comporte en premier lieu les traitements médicaux ; la chirurgie n'intervient qu'en dernier ressort.

En résumé, maladie polykystique et bronchectasie kystique, d'un diagnostic relativement aisé comportent l'exérèse.

Les cavités kystiques et d'interprétation difficiles comporteront une appréciation judicieuse des risques de la chirurgie et des difficultés techniques d'espèce.

L'emphysème géant, les kystes dyspnéisants malgré leur gravité contre-indiquent la thérapeutique active; les crises de dyspnée paroxystique menaçante sont une indication de la ponction transpariétale en dépit des sérieux dangers qu'elle comporte ; parfois aussi de drainage avec aspiration.

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, 1947, n° 44, p. 645; n[os] 47-48, p. 689; n° 49, p. 705.

Seul le kyste ballon dysembryoplasique pédiculé est d'une ablation indiquée et relativement aisée.

Le pneumothorax récidivant et suffocant peut enfin conduire à une symphyse pleurale provoquée ou exceptionnellement à des résections.

Discussion : M. Etienne BERNARD (Paris).

La ponction des grosses bulles, classiquement considérée comme dangereuse, est quelquefois plus utile que dangereuse

Après une pneumopathie suppurée les images kystiques qui persistent peuvent être non des « cavités préformées », mais des images d'emphysème résiduel dont l'évolution anatomique est tout autre.

Dans le kyste géant, l'exérèse donne des succès ; la dyspnée intense et rapide nécessite ponction ou exérèse ; dans les cas limites une abstention armée est licite.

Dans 2 cas de pneumothorax spontanés récidivant après long intervalle, la cause en a été trouvée dans les bulles d'emphysème nombreuses. Dans ces cas comme dans les formes polykystiques, on peut assurer l'avenir en provoquant l'accolement pleural mais on prive le malade du bénéfice de la collapsothérapie si plus tard il est atteint de tuberculose.

M. Jean WEIL (Paris) rapporte l'observation d'un enfant de 3 ans ayant présenté une pneumatocèle d'origine infectieuse évoluant vers le creux axillaire à travers une perforation par usure de la cage thoracique. Guérison par cure radicale. Le gonflement progressif de la tumeur est difficilement explicable par le mécanisme du clapet car la ponction transthoracique n'avait amené aucun soulagement.

M. GOVAERTS (Bruxelles) commente plusieurs observations personnelles de pneumothorax spontané bénin chez les jeunes gens sains. C'est un syndrome qui paraît assez fréquent et doit à son sens relever d'un vice de développement de l'alvéole pulmonaire auquel s'associe, le cas échéant, l'action d'un clapet pulmonaire.

M. André MAYER (Paris). — Ce qui dans l'état actuel des choses doit conduire à l'intervention, c'est la conclusion d'un examen radiologique très poussé. Il faut s'attacher à reconnaître les kystes bronchiques et en particulier les kystes pédiculés où le poumon est conservé et l'intervention simple.

M. BURNAND (Lausanne). — Il faut à la fois s'abstenir de l'équation : cavité = tuberculose et ne pas méconnaître les cavernes stériles pas toujours géodiques de tuberculeux ayant « guéri en creux » et que Laënnec connaissait déjà. Peut-être peut-on expliquer ainsi certaines « cavités préformées ».

Il semble que dans les kystes banaux le thorax tend plutôt vers l'emphysème et la distension, dans les tuberculoses à la rétraction.

M. DROUET (Nancy) commente 25 observations personnelles d'emphysème bulleux. Parfois l'infection se produit et ces bulles sont le reliquat d'abcès vidés ou bien l'infection secondaire de bulles peut se produire.

Une pneumatocèle peut contenir non du pus mais un liquide séro-œdémateux ; dans l'emphysème kystique on peut trouver aussi un liquide hémorragique. Les bulles infectées, parfois consécutives à des infarctus de la grossesse, forment un certain nombre des abcès pulmonaires médicalement curables par la pénicilline.

M. HERBEUVAL (Nancy). — Dans la pathogénie de l'emphysème bulleux l'obstacle mécanique joue classiquement un grand rôle, souvent il est absent ; c'est alors le bronchospasme qui est en cause, comme il agit dans l'atélectasie. Il peut résulter d'un obstacle mécanique insignifiant et explique les variations rapides. De plus l'asthme, la rougeole, les staphylococcémies peuvent donner spasme et emphysème kystique. La permanence n'est pas un critère. Il faut éviter aussi de faire une lésion congénitale de ce qui n'est parfois qu'une séquelle.

Enfin des radiographies systématiques faites en Amérique ont montré chez 1/100 des enfants normaux, 24 heures après la naissance des bulles d'emphysème et des pneumothorax spontanés dus à l'aspiration du méconium. Des vertiges peuvent peut-être en persister par la suite.

M. RIST (Paris) faisant retour sur le passé, montre combien d'erreurs ont pu être commises alors que la pathologie des kystes était ignorée.

M. PRUVOST (Paris) insiste sur l'intérêt de la pleuroscopie pour doubler l'examen aux rayons.

Le professeur Fernand BEZANÇON. — La fréquence plus grande des kystes tient non seulement à la perfection plus grande des moyens d'examen, mais aussi à une fréquence réelle car les autopsies d'antan ne les montraient pas fréquents.

La pathologie s'est modifiée depuis 25 ou 30 ans sans doute à cause de la grippe et de ses complications pulmonaires ; l'élément congénital est peut-être moins fréquent qu'on a cru.

Il serait enfin désirable que dans ce domaine aussi la terminologie se simplifie, qu'elle ne se réfugie pas dans une pathogénie et un mécanisme insuffisamment poussés. Il ne faut pas abuser de l'emphysème ; si la connaissance de la physiologie de la bronche est un progrès, le reste est encore sujet à caution.

Comme l'a dit Laënnec, il faut « faire la science avec des signes certains ».

Communications. — Les images pulmonaires bulleuses labiles de l'adulte au cours des pneumopathies aiguës et des septicémies. — MM. BENHAMOU, LEVI-VALENSI et MIMOUNI (Alger). — On peut rencontrer au cours d'affections pulmonaires aiguës ou de septicémies des images kystiques, d'emphysème bulleux en particulier. Leur fréquence semble plus grande qu'autrefois chez les Nord-Africains en particulier. L'auteur en a observé 3 cas dus au staphylocoque, 3 au bacille « fundiliformis » qui ont guéri par ponction, avec ou sans adjonction de pénicilline. Les bulles qui provoquaient une dyspnée menaçante disparaissent définitivement et la dyspnée cesse presque instantanément. Il y a une grande discordance entre l'intensité des signes fonctionnels et le peu de retentissement général. Aux rayons on voit l'association de bulles et de zones atélectasiées. Le mécanisme de soupape peut être présumé.

Cavités préformées broncho-pulmonaires. — MM. MATTEI, TRISTANI et BARBE (Marseille). — L'examen radiologique et surtout l'exploration lipiodolée dirigée peuvent montrer chez des sujets en général non tuberculeux, des cavités de volume et de nombre variable en parenchyme sain, infectées ou non et non toujours accompagnées de symptômes cliniques.

L'auteur en a observé 40 cas en trois ans, il décrit leur aspect radiologique et leurs aspects cliniques : formes masquées par une pachypleurite ou une suppuration pleurale, formes pseudo-tuberculeuses, formes associées à une tuberculose.

Selon les cas on les traitera par la pénicilline endobronchique ou plus rarement par exérèse.

Etude anatomique et clinique de 7 cas de formations kystiques pulmonaires de type bronchique traités par exérèse chirurgicale. — M. RENAULT. — Les interventions ont donné de bons résultats.

***

A l'issue du Congrès a eu lieu l'Assemblée générale de l'Association des Médecins de Langue Française, la première tenue depuis la guerre. Le professeur Cade (de Lyon) a évoqué le souvenir des nombreux membres de l'association disparus au cours des dernières années. M. Georges Masson, trésorier, a donné lecture du rapport financier.

Pour combler les vides creusés dans le Conseil, l'assemblée a applaudi le choix du professeur ROSKAM (de Liége) et du professeur LESAGE (de Montréal).

Le prochain et vingt-septième Congrès de l'Association se tiendra à Genève en 1949, sous la présidence du professeur ROCH.

Le programme des séances sera arrêté ultérieurement.

R. LEVENT.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

29 *octobre*. — M. FEFFER. — Angiocardiographie.
M. LEBAS. — Syphilis tardive dans les maladies artérielles.
M. COGNACQ. — Un épidémiologiste du XVIIIe siècle.
M. BURCKEL. — Dilatations veineuses gastriques.
Mme ANDRIEU-MAY. — Curiethérapie et grossesse.
Mlle RENAUDIN-LARSONNEUR. — Dystrophies infantiles.
M. TEISSIER. — Une plante épithéliogène.

CHRONIQUE

LE TRENTIÈME ANNIVERSAIRE DE LA DÉCOUVERTE DU BACTÉRIOPHAGE

Au cours de la réunion où la Société Française de Microbiologie célébrait le Trentenaire de la découverte du Bactériophage, M. Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur, a fait hommage au professeur D'HÉRELLE, hôte insigne pendant des années déja lointaines de l'Institut Pasteur, de la plaquette que la grande Maison remet à ses conférenciers émérites.

C'était, après bien d'autres, un témoignage de l'admiration des biologistes pour les travaux de M. d'Hérelle autant qu'un hommage au conférencier qu'un auditoire pourtant difficile venait d'applaudir avec chaleur.

Une allocution liminaire de M. Lépine, secrétaire général de la société, avait ouvert la cérémonie. Biographie nécessaire que la modestie du savant rendait indispensable et surtout esquisse d'une carrière où l'alliance des cultures avait donné à un Canadien français, formé en France et en Hollande, l'occasion de choisir pour en faire son bien propre ce que chacune de ces cultures pouvait lui offrir de meilleur. L'orientation vers la microbiologie dès la fin de sa formation, alors que cette science n'avait pas semblé y tenir une place prépondérante, semble bien l'effet d'une affinité innée.

Alors qu'un tel spécialiste n'était dans la science qu'il devait illustrer l'élève de personne, on ne peut s'empêcher d'évoquer l'opinion d'un savant de l'entre-deux guerres, illustre dans la science et dans l'industrie et qui, paraît-il, conseillait volontiers aux jeunes chercheurs de négliger de parti-pris pour commencer le fatras des historiques, des bibliographies et des priorités dont il serait temps de s'occuper par la suite. Chez le « père » du bactériophage l'esprit d'observation et une culture générale harmonieuse ont laissé toute liberté à la recherche et à la logique.

L'absence de lisières a permis à M. d'Hérelle d'atteindre des résultats dont l'importance n'est sans doute pas encore pleinement évaluée .

La vie de savant lui a fait jalonner de travaux logiquement conduits plusieurs continents et chaque étape a été marquée par un succès réalisé. Après la protection contre le fléau des sauterelles on voit apparaître celle des animaux, des plantes et des hommes contre d'autres fléaux jusque-là sans remèdes. L'action du bactériophage révèle des processus biologiques encore inconnus ou une première explication de phénomènes encore mystérieux. De tels travaux acquièrent la proportion d'une doctrine. Il était donc nécessaire que la substantielle allocution de M. Lépine en dessinât les grandes lignes.

Ce prélude n'a donné que plus de relief aux souvenirs que M. d'Hérelle a consenti à conter à son auditoire. La suite de travaux qu'il a évoqués commence à la note princeps du 10 septembre 1917 où M. d'Hérelle présentait à l'Académie des Sciences une nouvelle espèce vivante qu'il nommait, caractérisait, décrivait même en partie, microbe parasite de microbes et où dans sa synthèse il prenait une position doctrinale dont les travaux ultérieurs en tous pays ont montré la solidité. C'est avec un intérêt sans lassitude que l'auditoire a écouté l'épopée du bactériophage, a suivi les épisodes de la vie du nouveau venu, salué ses victoires sur l'entérite des acridiens, celle des gallinacés, sur les dysenteries bacillaires épisode triomphal, sur le choléra menaçant ou récemment déclaré ; sur d'autres infections encore. Les succès partout publiés étaient déjà connus du monde savant.

Moins connus étaient la confirmation par le microscope électronique des conclusions premières de M. d'Hérelle, la description et la systématique des bactériophages, leur « histoire naturelle » au sens buffonien du terme, ses activités, ses mutations, sa puissance comme modificateur d'espèces qui rejoint par son importance les récents travaux sur les mutations bactériennes dirigées. Le bactériophage se révèle comme un élément ubiquiste dans la nature, un témoin de la personnalité de la chimie micellaire, différente de l'autre et propre aux êtres vivants et une aide pour explorer les arcanes de la vie. Les modes d'action du bactériophage sur les bactéries qu'il parasite, les nouvelles conceptions de l'immunité qui en découlent sont des notions qui dépassent de beaucoup les limites de la biologie courante. Sans doute, comme l'a montré M. d'Hérelle, peut-on y saluer un progrès imprévu mais capital dans une connaissance approchée de ce qu'est la vie.

Devant l'importance de telles perspectives l'auditoire a témoigné de l'intérêt qu'il attachait aux conceptions de M. d'Hérelle. Il a longuement applaudi le philosophe que le bactériologiste laissait entrevoir.

R. L.

La rentrée de l'Université de Paris
Les nouveaux docteurs « honoris causa »

La cérémonie de rentrée de l'Université a eu lieu le 6 décembre dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, en présence de M. le Président de la République et de M. le Ministre de l'Education Nationale.

Au cours de la cérémonie, M. le Doyen Léon Binet, a lu son rapport sur les nouveaux docteurs « honoris causa » (médecine) : M. le professeur Edouard Cruz Coke, le savant biologiste de Santiago-du-Chili, et le médecin général Edgar Hume, du Service de Santé militaire des Etats-Unis d'Amérique.

« Précieux allié de l'intelligence française, dévoué à la cause de la langue, de la science et de la médecine de notre pays, le Professeur Edouard Cruz-Coke est un savant de qualité. Titulaire du département de la chimie physiologique et pathologique à la Faculté de Médecine de Santiago, notre collègue a poursuivi de très importants travaux que connaissent les chercheurs français. Faut-il rappeler ce qu'il nous a appris sur la production de chaleur par l'organisme animal avec les deux facteurs qui la composent : vitesse et rendement ? Faut-il mentionner ses investigations sur la production et l'inhibition de la thyroxine, sur la destruction de l'alcool par le tissu hépatique, sur le mécanisme de l'hypertension artérielle d'origine rénale et sur la destruction de l'hypertensine ? Et si nos médecins, nos étudiants connaissent surtout son magistral ouvrage sur le cortex surrénal, riche en faits nouveaux et en points de vue originaux, c'est qu'en France, on s'attache à cette captivante question de la physiologie surrénale, puisque c'est en France, qu'à la fin du XIXe siècle, on a démontré que ces organes étaient indispensables à la vie. Mais quelle magnifique moisson a été réalisée depuis par les biologistes ! N'est-il pas surprenant de voir aujourd'hui dans les laboratoires de recherches des rats totalement surrénaloprivés qui vivent bien, du fait simplement qu'ils boivent de l'eau salée ! C'est vous dire, mon cher Ami, avec quelle attention j'ai lu et relu dans votre bel ouvrage, ce que vous écrivez sur le sel « aliment et médicament de l'insuffisance surrénale ».

De nos jours, le biologiste ne doit pas rester enfermé dans son laboratoire, il lui faut aussi s'attacher aux multiples problèmes de la santé. Non content d'être un chercheur éminent, vous êtes aussi un grand hygiéniste : je sais ce que vous avez réalisé au Chili, comme ministre de la Santé, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. J'ai lu votre beau livre de médecine préventive et si vous permettiez à votre collègue de vous appliquer une devise, — très simplement, mais bien sincèrement — il s'arrêterait à celle-ci, qui semble bien inspirer votre conduite et vos démarches : « Savoir le vrai pour faire le bien ».

***

« M. Edgar Hume est médecin général de l'Armée des Etats-Unis. Il représente la plus haute personnalité médicale et scientifique de son service de santé militaire. Il a été et il est toujours chargé des plus hautes fonctions. Lors de la première guerre mondiale, il fut l'actif directeur des hôpitaux de l'armée américaine dans la zone des batailles. Pendant la récente guerre, son pays lui a confié la très importante mission de chef du gouvernement militaire des alliés, en Italie, et on lui doit l'extinction rapide de l'épidémie de typhus dans ce pays.

Le médecin général Hume est l'auteur de plus de 300 ouvrages ou publications concernant l'hygiène et la prophylaxie, l'étiologie du choléra, les « victoires » de la médecine, etc. Citons, dans leurs variétés et parmi tant d'autres, ses livres sur la fièvre de trois jours, sur la stérilisation des eaux potables, son histoire de la librairie médicale de l'armée américaine (traduite en huit langues) et sa belle publication sur l'œuvre médicale des chevaliers de Saint-Jean de Jérusalem.

Il nous est agréable de remarquer que le médecin général Hume a toujours manifesté une déférence et une affection profonde pour la France, défendant notre

cause auprès des plus hautes autorités des Etats-Unis. Il a, je le sais, une prédilection particulière pour notre pays dont il parle d'ailleurs, parfaitement la langue. N'a-t-il pas publié les ouvrages suivants qui tous attestent son dévouement à notre patrie? « La France et les Etats-Unis », la « Fraternité ancienne de l'Amérique pour la France », La Fayette et l'Ordre des Cincinnati », « La Fayette au Kentucky » ?

Les titres de ses ouvrages, mieux que toutes les paroles, témoignent que le général Hume entretient fidèlement parmi ses compatriotes, cette flamme du souvenir que le général La Fayette a laissé dans l'Histoire. »

INTERETS PROFESSIONNELS

Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre National des Médecins

Certificats médicaux pour attribution de combustibles aux malades

A la demande des Services de la Répartition du Charbon, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins rappelle que les attributions de charbon aux malades sont prévues sous la forme de quatre catégories :

1° **Catégories usuelles.**

Catégorie n° 1 : affections aiguës fébriles, d'une durée de moins de 8 jours (25 kg.).

Catégorie n° 2 : affections aiguës fébriles, d'une durée supérieure à 8 jours (50 kg.).

2° **Catégories exceptionnelles :**

Catégorie n° 3 : malades dont l'état exige des soins spéciaux (lavage de plaies, lavage de linge, etc..., 50 kg. par trimestre).

Catégorie n° 4 : infirmes et malades chroniques obligés de garder constamment la chambre (50 kg. par mois d'hiver).

Sur les formules du carnet « polyvalent » ne figurent actuellement que les catégories exceptionnelles (3 et 4, celles qui nécessitaient autrefois le visa du Conseil de l'Ordre).

Dans un but de simplification et d'unification, tous les certificats concernant les combustibles seront rédigés dorénavant sur les formules du carnet polyvalent.

Sur les éditions ultérieures de ces carnets figureront les catégories 1 et 2. Dès maintenant il suffira, pour établir les certificats des catégories 1 et 2 de barrer les mentions 3 et 4 en leur substituant, à la plume, la mention 1 ou 2.

Le Conseil Départemental précise que les médecins n'ont aucune mention à ajouter dans la rédaction de ces certificats (mentions telles que : le malade doit rester constamment couché..., garder la chambre..., etc...).

La Préfecture de la Seine adressera des instructions formelles aux Mairies afin d'éviter aux familles des malades des démarches pénibles et des déplacements inutiles

Bourses Familiales du Corps médical
(Fondation de M. le Dr Roussel)

Fidèle à l'œuvre d'entr'aide de son regretté fondateur, M. Jean-Claude Roussel a décidé de mettre à la disposition de l'Association Générale des Médecins de France : Vingt bourses de 25.000 francs chacune, en faveur de médecins ayant au moins 5 enfants, de veuves en ayant 3 à leur charge, ou d'orphelins et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association Générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), dans le délai le plus court.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1947.

L'Union Fédérative nationale des Médecins de réserve, 58, rue Chardon-Lagache, Paris (16e), fait connaître que son Assemblée générale se tiendra le samedi 17 janvier 1948, à 17 heures, au Comité national de l'Enfance, 51, avenue Franklin-D.-Roosevelt, Paris (8e). (Métro : Franklin-Roosevelt ou Saint-Philippe-du-Roule.)

A 21 heures, le même jour, M. le médecin général inspecteur Hugonot, directeur du S. S. de la 1re Région, membre du Conseil d'administration de l'U. F. N. M. R. exposera, au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, 12, rue de l'Ecole de Médecine, Paris (6e), les vues du S. S. qu'il intitulera : « Vision de la Guerre future et Perspectives du Service de Santé ».

La Fédération Nationale des Médecins du Front groupe dans ses huit Associations les Médecins Anciens Combattants des deux guerres, anciens Prisonniers et anciens Déportés de la guerre 1939-1945.

Ceux des médecins rentrant dans ces catégories et qui ne sont pas encore inscrits sur les contrôles de ces groupements sont instamment priés d'envoyer une note relatant leurs état de service de guerre au Secrétaire Général de la Fédération : Docteur P.-J. Viala, 35, boulevard Saint-Michel, Paris (5e).

INFORMATIONS
(Fin)

ACADEMIE DES SCIENCES

Prix et subventions attribués en 1947

Anatomie et Zoologie

Prix Cuvier (4.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Jacques Benoit, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, pour l'ensemble de ses travaux d'embryologie animale.

Fondation Savigny (3.000 fr.). — Un prix est décerné à Mlle Maryvonne Hamon, assistante à la Faculté des sciences d'Alger, pour ses recherches sur les spermatophores.

Prix Jean Thore (3.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Robert Hardouin, chargé de recherches au Centre national de la recherche scientifique, pour son ouvrage sur « La vie des abeilles solitaires ».

Prix Pouchard. — Deux prix de 3.000 fr. sont décernés :

A M. Paul Pesson, professeur à l'Institut national agronomique, pour ses travaux sur les coccidés ;

A M. Maxime Vachon, assistant au Muséum national d'histoire naturelle, pour ses recherches de biologie animale.

Médecine et Chirurgie

Prix Montyon. — Une médaille de vermeil est attribuée à titre de prix exceptionnel à M. Costantino Gorini, correspondant de l'Académie des sciences, pour l'ensemble de son œuvre de microbiologie lactique.

Trois prix de 6.000 fr. sont décernés :

A M. Albert Delaunay, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Garches, pour ses recherches sur l'immunité ;

A M. Pierre Mallet-Guy, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, pour ses ouvrages intitulés : « Le traitement chirurgical de l'hyperinsulinisme. Pancréatites chroniques gauches. Pancréatites chroniques avec ictère » ;

A M. Georges Morin, professeur à la Faculté de médecine de Marseille, pour son ouvrage intitulé : « Physiologie du travail humain ».

Prix Barbier (5.000 francs). — Le prix est décerné à M. Sven Schmidt, chef de service à l'Institut sérologique de l'Etat danois, pour ses découvertes sur la fixation des toxines et des ultravirus sur des substances adsorbantes qui l'ont conduit à la préparation de vaccins, comme celui de la peste aviaire et de la fièvre aphteuse.

Prix Bréant. — Un prix de 20.000 francs est décerné à M. Paul Perrin, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, pour ses travaux et sa propagande contre l'alcoolisme.

Prix Chaussier (16.000 francs). — Le prix est décerné à M. Camille Simonin, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, pour son traité de « Médecine légale judiciaire ».

Prix Bellion (4.000 francs). — Le prix est décerné à M. Paul Nicaud, médecin chef de service à l'Hôtel-Dieu, pour son ouvrage intitulé : « La périartérite noueuse. Maladie de Kussmaul ».

Prix Argut (3.000 francs). — Le prix est décerné à MM. Maurice Cahuzac, ex-chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse, et François Jung, interne des hôpitaux de Toulouse, pour leur ouvrage intitulé : « Le syndrome de Volkmann. Etude pathogénique et thérapeutique ».

Prix Jean Dagnan-Bouveret. — Deux prix de 5.000 francs sont décernés :

A MM. Paul Cossa, neurologiste, Eugène Le Cocq, électroradiologiste, Jean-Paul Grinda, chirurgien des hôpitaux de Nice, et Henri Bougeant, médecin de la clinique Saint-Luc, à Nice, pour leur ouvrage intitulé : « Thérapeutique neurologique et psychiatrique » ;

A M. Ion Pavel, maître de conférences à la Faculté de médecine de Bucarest, pour son ouvrage intitulé : « Le diabète ».

(A suivre.)

Dépôt légal. — 1947. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 51. — SAMEDI 20 DECEMBRE 1947 — 120e ANNEE — Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies. 600 fr. Etudiants, 300 fr. ; Etranger, 900 fr.
Chèques Postaux Paris : 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'Externat en Médecine

(jeudi 11 décembre 1947)

Questions données

Anatomie. — 1° Enumérer sans aucune description le contenu du trou occipital ;

2° Description de la partie digitale et des insertions inférieures des tendons des muscles fléchisseurs des doigts, sans les rapports et sans les gaines ;

3° Rapports de l'artère poplitée au-dessus de l'interligne du genou à l'exclusion de l'anneau du troisième adducteur ;

4° Dire par quels nerfs sont innervés chacun des muscles adducteurs de la cuisse et le muscle pectiné sans les rapports ;

5° Orifice œsophagien du diaphragme : constitution et contenu, sans les rapports.

Pathologie médicale. — 1° Renseignements fournis par l'examen clinique de la peau et des muqueuses dans l'anémie pernicieuse de Biermer non traitée ;

2° Enumérer, sans les décrire, les principales causes d'hémoptysie en dehors de la tuberculose pulmonaire ;

3° Renseignements fournis par l'examen des vaisseaux périphériques d'un malade atteint d'insuffisance aortique (type maladie de Corrigan) non décompensée ;

4° Renseignements fournis par l'examen du liquide céphalo-rachidien d'un malade atteint de méningite cérébro-spinale à méningocoques non traitée ;

5° Le foie dans la forme classique de l'asystolie, sans l'anatomie pathologique ;

6° Durée de la période d'incubation dans les maladies suivantes : rougeole, varicelle, scarlatine, oreillons, chancre syphilitique et tétanos.

Pathologie chirurgicale. — 1° Signes cliniques des abcès froids du mal de Pott de la charnière dorso-lombaire (sans la radiologie) ;

2° Renseignements fournis par le toucher rectal dans la tuberculose épididymo-testiculaire ;

3° Renseignements cliniques fournis par l'inspection dans la fracture du cou-de-pied dite de Dupuytren (sans la radiologie) ;

4° Où et comment rechercher les adénopathies du cancer du sein.

Concours de Stomatologiste des hôpitaux

Nomination : M. le Dr Béal.

Concours pour la nomination à cinq places d'Assistants en Chirurgie des hôpitaux de Paris et pour la nomination à trois places de Chirurgiens des hôpitaux de Paris

Le concours d'Assistants en chirurgie sera ouvert le lundi 2 février 1948, à 9 heures, à l'Administration centrale, salle du Conseil de surveillance, 3, avenue Victoria (2e étage).

Cette séance sera consacrée à l'épreuve théorique écrite.

Les concours de Chirurgien des hôpitaux seront successivement ouverts à l'issue du concours d'Assistants.

Les inscriptions pour les concours d'Assistants en chirurgie et de Chirurgien des hôpitaux seront reçues à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé (escalier A, 2e étage), tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de quinze heures à dix-sept heures, du vendredi 2 janvier au mardi 13 janvier 1948 inclusivement.

Concours pour la nomination à douze places au maximum d'Attachés d'Electro-Radiologie des hôpitaux de Paris

Ce concours sera ouvert le mercredi 4 février 1948, à 9 h. 30, à la salle des Commissions du Conseil de Surveillance de l'Administration, 3, avenue Victoria, (2e étage).

Les inscriptions seront reçues du vendredi 2 janvier au mardi 13 janvier 1948, inclusivement, de 14 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés), au bureau du Service de santé de l'Administration, 3, avenue Victoria (escalier A, 2e étage).

Concours pour la nomination à deux places de Pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris

Ce concours sera ouvert le lundi 1er mars 1948, à quatorze heures.

MM. les candidats seront informés par lettre du lieu de la première épreuve.

Ils devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Aministration, 3, avenue Victoria (escalier A, 2e étage), de 14 à 17 heures, depuis le vendredi 23 janvier jusqu'au mardi 3 février 1948, inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

FACULTES DE MEDECINE

Agrégation de médecine (France d'Outremer). Le **J. O.** du 9 décembre 1947 publie le règlement de ce concours.

Faculté de Médecine de Paris
Sessions spéciales de janvier 1948 des examens de médecine

La session spéciale de janvier à la Faculté de Médecine de Paris s'ouvrira le lundi 19 janvier 1948.

Dates des épreuves. — 1re année : lundi 19, 9 heures, écrit anatomie ; mardi 20, 9 heures, deuxième écrit.

2e année : lundi 19, 10 h. 30, écrit de physiologie ; mardi 20, 10 h. 30, deuxième écrit.

Pour les 3e, 4e et 5e années, les examens oraux et pratiques commenceront le lundi 19 janvier suivant un ordre de convocation qui sera affiché à la Faculté le jeudi 15 janvier.

Conférences

M. le Professeur E. Cruz Coke, de l'Université de Santiago, docteur « honoris causa » de l'Université de Paris, a fait le 16 décembre 1947, à la Faculté de Médecine, une conférence sur : l'Hypertension artérielle d'origine rénale.

Le 18 décembre M. le professeur B. Houssay, de Buenos-Aires, docteur « honoris causa » de l'Université de Paris, prix Nobel, a fait, le jeudi 18 décembre 1947, à la Faculté de Médecine, une conférence sur : Diabètes expérimentaux.

Santé Publique

Concours de médecins des Services antituberculeux publics. — Est reporté au 5 janvier 1948 le concours ouvert pour le recrutement de 50 médecins des services antituberculeux publics (médecins adjoints des sanatoriums publics et médecins à temps complet des dispensaires antituberculeux publics), dont les épreuves devaient commencer à Paris le 15 décembre 1947.

Sanatoriums. — Par arrêté en date du 6 décembre 1947, M. le Dr Lasserre, médecin des dispensaires d'hygiène sociale du Pas-de-Calais (non installé), est affecté, en qualité de médecin adjoint, au sanatorium de Camiers (Pas-de-Calais), poste vacant.

Avis de vacance. — Un poste de médecin directeur est actuellement vacant au sanatorium de Ponteils (Gard).

Les candidatures devront être adressées dans un délai de trois semaines à compter de la publication du présent avis, au ministère de la Santé publique et de la Population (Direction de l'Administration générale du personnel et du budget, 3e bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Forces armées

Médecins de l'Air. — Un décret du 6 décembre 1947 étend aux médecins de l'Air les dispositions du décret n° 47.690 du 8 avril 1947 instituant un concours pour l'obtention du titre de médecin, chirurgien ou spécialiste des hôpitaux militaires.

Service de santé colonial

Ont été nommés:

Professeur agrégé du Service de santé des troupes coloniales (chirurgie), MM. Chippaux et Thévenin. — (Médecine) : M. Touzin.

Médecins des hôpitaux coloniaux : MM. Brunet, Menu et Pécarrère.

Chirurgiens des hôpitaux coloniaux : MM. Carayon et Campourcy.

Spécialistes (bactériologie, anatomie pathologique) : MM. Reynès et Kœrber.

Pharmaciens chimistes : MM. Le Floch et Gallet.

Ecoles de médecine navale

Un décret n° 47.2312 du 8 décembre 1947 autorise à faire partie des jurys d'agrégation (ligne médicale)) les médecins, chirurgiens ou spécialistes des hôpitaux, nommés au concours, remplissant depuis cinq ans au moins les fonctions de chef de service, dans l'une des sections pour lesquelles les concours sont organisés. (J. O., 10 décembre 1947).

Cours

Chaire de clinique Oto-rhino-laryngologique

Cours de perfectionnement clinique, sous la direction du professeur F. Lemaître et du Dr Maduro, avec la collaboration de MM. les assistants et chefs de clinique.

Ces cours auront lieu tous les jeudis, à 11 heures, à l'Amphithéâtre de la clinique O. R. L. de l'hôpital Lariboisière.

8 janvier 1948. — Dr Clerc : Les megaœsophages.

15 janvier. — Dr Rouget : Les arachnoïdites.

22 janvier. — Dr Joublin : Le lupus du nez.

29 janvier. — Dr Gaston : Les otites traumatiques.

5 février. — Dr Hofmann : Les kystes dentaires.

12 février. — Dr Klotz : Données nouvelles sur les anesthésies en O. R. L.

19 février. — Dr Eyries : Anatomie et séméiologie des nerfs oculo moteurs.

26 février. — Dr Ebstein : Les kystes adamantins.

11 mars. — Dr Baudoin : Avitaminoses et traitements par les vitamines en O.R.L.

18 mars. — Dr Ludmer : Les aérosols en O. R. L.

8 avril. — Dr Aboulker : Les dyspnées laryngées de l'enfance.

15 avril. — Dr Krawiecki : Traitement médical et soins post-opératoires des otorrhées chroniques.

22 avril. — Dr Giraud : Septicémies amygdaliennes.

29 avril. — Dr Hans : Traitement du cancer du sinus piriforme.

Cours de Parasitologie et Histoire Naturelle Médicale

Professeur : M. E. Brumpt. — M. le professeur H. Galliard commencera le cours de Parasitologie et Histoire naturelle médicale le mardi 6 janvier 1948, à 16 heures, au Petit Amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure.

INTERETS PROFESSIONNELS

Les projets de construction d'une nouvelle Faculté de médecine et la pléthore médicale

L'annexe de la Faculté de médecine de la rue des Saints-Pères a vécu.

On sait qu'il est actuellement question de reconstruire la Faculté à proximité de la Pitié et de la Salpêtrière avec entrée boulevard de la Gare. La nouvelle Faculté reliée par le Jardin des Plantes au Muséum, par le Jardin des Arènes de Lutèce à la nouvelle Ecole Polytechnique, rejoindrait le Collège de France et la Sorbonne qui aurait elle-même annexé l'ancienne Faculté de médecine. Ainsi serait reconstitué un vaste quartier latin groupant les étudiants de diverses disciplines.

L'Ecole des Beaux-Arts, trop à l'étroit, installerait sa section d'Architecture dans les bâtiments de la rue des Saints-Pères, en face de l'Ecole des Ponts et Chaussées.

Tous ces projets, on le voit, sont très vastes. Celui qui concerne la Faculté de médecine est d'une importance qu'on ne pouvait prévoir il y a dix ans lorsque furent entrepris les travaux sur l'emplacement du vieil hôpital de la Charité.

Leur importance est-elle démesurée dans les circonstances actuelles ?

Peut-être...

Mais il y a la pléthore

A la septième session du Conseil National de l'Ordre des Médecins (octobre 1947), M. le doyen honoraire Baudouin a apporté quelques chiffres, qu'il faut connaître, les voici :

En 1938, il y avait 740 étudiants en première année. C'était trop.

Actuellement ils sont 1784 en première année.

M. Baudouin constate l'impossibilité, et il ne parle que pour Paris, d'enseigner convenablement 1.800 étudiants. Ce n'est pas encore la pléthore, c'est sûrement l'encombrement.

Mais la pléthore n'est pas loin. Dans un rapport à la même session du Conseil national, MM. Lacroix et Magnin estiment que les effectifs du Corps médical de l'ordre de 30.000 membres actuellement, augmenteront de 10.000 unités en six ans. Ce rythme s'accélérera et les rapporteurs envisagent qu'en moins d'une génération sera atteint le chiffre de 100.000 médecins pour 40.000.000 d'habitants, soit un médecin par 400 habitants !

Contre cette pléthore grandissante on a essayé vainement les limitations des places, la sévérité aux examens. Le seul remède, disent les rapporteurs, est l'institution d'un concours d'entrée comme cela existe pour toutes les grandes écoles, voire les écoles vétérinaires.

Au concours M. le Doyen honoraire Baudouin préfèrerait les deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences.

Finalement le Conseil national a adopté, à l'unanimité, le vœu suivant :

« Le Conseil national de l'Ordre, ému par l'état d'encombrement de plus en plus dense des Facultés, déplore les conditions dans lesquelles l'enseignement est actuellement dispensé et s'inquiète de l'avenir réservé aux jeunes médecins.

« Il met en garde les Pouvoirs publics contre les conséquences de cet état de choses tant sur le plan de la technique que sur celui de la morale professionnelle et émet le vœu que soient envisagées d'urgence les mesures indispensables.

« Il se déclare prêt à collaborer immédiatement avec les organismes compétents pour l'étude et l'application de ces mesures. »

Maurice Mordagne.

REVUE GÉNÉRALE

Quelques problèmes biologiques en chirurgie (1)

(fin)

Par le Dr Anis Makhlouf (Beyrouth)

III. — Troubles de la Nutrition Déficiences vitaminiques et hypoprotéinémie

La connaissance et le traitement des troubles de la nutrition chez le malade chirurgical sont très importants non seulement parce que beaucoup de complications post-opératoires sont le résultat d'insuffisance de régime avant et après l'opération, mais aussi parce que l'opération elle-même peut être entravée par divers facteurs :

Une hémorragie, par exemple, due à l'avitaminose K, ou un œdème des parois gastro-intestinales dû à de l'hypoprotéinémie ou à une déficience en vitamine B, et compliquant une gastro-entérostomie...

Il y a insuffisance dans la nutrition lorsque fait défaut une des innombrables substances chimiques, nécessaires à la croissance, à la réparation et aux demandes d'énergie de l'organisme.

Les protéines, nous le savons, sont à la base des éléments structuraux de la cellule et les vitamines sont les catalyseurs chimiques du métabolisme cellulaire.

Malheureusement l'organisme humain est incapable de synthétiser ces éléments ; aussi doivent-ils être fournis de l'extérieur, c'est-à-dire par nos aliments.

Meiklejohn a montré comment les désordres dans la nutrition ne produisent au début que des troubles fonctionnels ; les tissus ne présentent que plus tard des lésions organiques et celles-ci sont alors définitives. Aussi est-il indispensable de porter un diagnostic des plus précoces pour pouvoir y remédier avant l'apparition des lésions irréversibles. C'est dire l'importance d'un excellent interrogatoire car les signes physiques, bien qu'intéressants, sont légers et peuvent passer inaperçus à moins de les rechercher systématiquement.

Les désordres de la nutrition surviennent surtout :

1° Chez ceux qui ont une alimentation inadéquate, insuffisante et incomplète : chez les alcooliques, les ulcéreux gastriques, ls malades nourris longtemps au sérum glucosé intraveineux ;

2° Chez ceux dont l'organisme, pour une raison quelconque, a des besoins accrus : les malades, au régime hydrocarboné qui réclament plus de complexe vitaminé B et surtout de B 1, les sujets à métabolisme augmenté : les travailleurs, les femmes enceintes, les fiévreux, les infectés, les hyperthyroïdiens ; chez les femmes qui allaitent et les sujets à diurèse abondante ;

3° Chez ceux qui présentent un défaut d'assimilation : les achlorhydriques, les sténosés pyloriques, les cancers d'estomac, les rétrécissements de l'œsophage, les colitiques, les dysentériques, les diarrhéiques, les lésions du foie.

Déficiences vitaminiques

Il faut cependant ajouter que l'apparition chez ces malades de signes cliniques en faveur d'un trouble de la nutrition n'est pas caractéristique de déficience d'un seul facteur car il y a toujours quelques degrés de carences de plusieurs autres facteurs.

Ainsi dans la pellagre, par exemple, nous trouvons associés, de l'anémie (déficience en fer), du scorbut (carence en vitamine C), de la polynévrite (carence en complexe B), de l'œdème (par hypoprotéinémie ou par carence B 1) ainsi qu'une langue ulcérée, des dérangements intestinaux et des lésions cutanées caractéristiques de la carence en acide nicotinique.

Dans le passé le béri-béri, la pellagre étaient regardés comme des maladies bizarres dont seuls étaient atteints les habitants des tropiques. Les recherches de ces dix dernières années ont montré que ces lésions peuvent apparaître même dans les climats nordiques, il est vrai sous une forme atténuée ; il n'est pas rare de voir même des malades chirurgicaux présenter des carences vitaminiques, mais la symptomatologie en est si variable qu'on les attribue souvent à d'autres affections.

Aussi est-il nécessaire de les rechercher. Il faut dans l'interrogatoire toujours s'enquérir du régime alimentaire du patient, il est intéressant de savoir s'il mange de la viande, du poisson, des laitages, des fruits et des légumes verts qui sont les fournisseurs de ces facteurs dits essentiels.

Il faut s'enquérir de sa santé en général, la fatigue, la lassitude et l'amaigrissement étant les premiers symptômes d'une déficience de la nutrition.

Les symptômes gastro-intestinaux doivent passer au premier plan ; une langue ulcérée avec de la sialorrhée est un symptôme précoce de carence du complexe B ; des gencives saignantes se rencontrent dans le scorbut et l'avitaminose K. Certaines palpitations sont parfois le fait d'une carence en vitamine B 1, tandis que un œdème des membres inférieurs peut être dû à de l'hypoprotéinémie : le sujet se plaint souvent le soir d'avoir des chaussures serrées.

La nervosité, l'irritabilité et l'insomnie peuvent parfois être mis sur le compte d'une déficience en complexe B, tandis que l'amblyopie ou *night blindness* des Américains est attribuée à une carence en vitamine A.

Tous ces renseignements que ne manquera pas de nous donner l'interrogatoire si nous les recherchons, vont nous guider alors dans la recherche des signes physiques.

L'examen et l'aspect général nous montreront une peau flasque, signature de l'amaigrissement ; un œdème des membres inférieurs bilatéral avec vaso-dilatation, chaud au toucher, différent par conséquent de celui de la thrombo-phlébite ou des varices infectées et thrombosées.

Certaines dermatoses peuvent être découvertes : elles consistent en papules hyperkératosiques autour des follicules pileux, en plaques érythémateuses sur les coudes parfois hyperkératosiques aussi, conséquence d'une insuffisance en acide nicotinique ; en desquamations et craquelures de la peau du tronc ou des cuisses donnant un aspect de mosaïque. Les pétéchies et les ecchymoses sont fréquemment des signes pécoces de scorbut. Des ecchymoses spontanées sur le dos et la face postérieure des cuisses sont dues à une hypoprothrombinémie ou à une carence en vitamine K.

Une desquamation graisseuse à la pointe et aux ailes du nez avec fissurations de la pean des lèvres associée avec une macération et une fissuration des commissures des lèvres, des plis rétro-auriculaires peuvent être mise sur le compte d'une ariboflavinose, ou carence en vitamine B 2.

Une rougeur excessive de la langue peut être due à une carence en acide nicotinique ou vitamine B anti-pellagreuse.

Certaines polynévrites inexpliquées peuvent trouver leur explication dans un trouble de la nutrition.

L'importance des troubles de la nutrition se fait sentir jusque dans la cicatrisation des plaies opératoires ; bien que l'échec des plaies à réunir par première intention et le retard des fractures à consolider ne puissent toujours être mis sur leur compte, il n'en reste pas moins vrai que l'hypoprotéinémie, le scorbut, la fibrinopénie des affections du foie, peuvent être souvent tenues pour responsables.

C'est ainsi que chez les sujets présentant de l'hypoprotéinémie, l'intestin peut être si friable, à cause de l'œdème, qu'il devient extrêmement difficile d'en suturer les parois et si cette hypoprotéinémie apparaît après une gastro ou une entéro-anastomose, l'œdème au niveau des sutures peut être tel qu'une véritable obstruction intestinale peut s'installer.

Hypoprotéinémie

C'est Mc Cray, Barden et Ravdin qui ont démontré que la motilité de l'intestin et de l'estomac était retardée par l'œdème occasionné par l'hypoprotéinémie. Admont Clark a montré que les plaies ne guérissaient pas bien en présence d'un taux de protéines abaissé dans le sérum, entraînant ainsi une formation insuffisante de fibroblastes.

D'autres auteurs ont également montré que dans les cas d'éviscération post-opératoire par non union de la paroi abdominale, il y a toujours de l'hypoprotéinémie et une carence en vitamine C.

Les protéines du plasma, nous le voyons, sont donc très importantes. Elles jouent aussi un grand rôle dans l'équilibre osmotique des liquides extra et intra-vasculaires du corps que nous savons déjà être extrêmement délicat.

Bien que la pression osmotique des sels inorganiques et des cristalloïdes diffusibles du corps soit beaucoup plus grande que celle des protéines, la très petite pression osmotique des protéines

(1) Fin. Voir *Gaz. Hôp.*, n° 50, 13 décembre 1947, p. 717.

du plasma est plus importante au point de vue fonctionnel, puisque c'est elle qui régit la formation de l'œdème.

En effet en temps normal la concentration en sel du sang circulant équilibre la concentration en sel des tissus et des liquides cellulaires, tandis que les protéines du plasma incapables qu'ils sont de passer à travers l'endothélium intact des capillaires exercent leur pression osmotique pour attirer dans les vaisseaux, les liquides des espaces intercellulaires où la concentration est négligeable.

Whipple a émis l'hypothèse que les protéines du plasma sont synthétisées dans le foie à partir des acides aminés, produits de digestion des protéines ingérées.

Les protéines du sang varient entre 6 et 8 gr. par 100 cc., les albumines s'élevant à : 4,2 à 6 gr. par 100 cc.. les globulines à : 1,3 à 3 gr. et le fibrinogène à : 200 à 300 mmgr.

Il devient clair que se sont les albumines qui ont la part la plus grande dans la pression osmotique des protéines.

L'abaissement du taux de l'acide ascorbique au-dessous de 0,8 à 2 mmgr. par 1.000 cc. sera une indication de donner de la vitamine C bien qu'un taux inférieur à la normale ne soit pas forcément la signature d'un scorbut.

Traitement

En Amérique l'administration de jus d'orange, de limonades s'est révélée une excellente mesure thérapeutique à la fois pour combattre le scorbut et pour hydrater le malade.

Le « Vitamin Cocktail » (renfermant 2 cuillerées à soupe de poudre de levure de bière, 5 gouttes d'haliverol avec du viosterol et un demi-verre de jus de grappefruit) donné quelques jours avant l'opération, est devenu une routine.

Il va sans dire que ces mesures ne dispensent pas le chirurgien de veiller à appliquer un régime adéquat après s'être enquis des besoins de son patient.

D'autres auteurs en plus du régime aiment bien s'adresser à des préparations crues ou à des extraits concentrés. Ainsi les extraits concentrés de levure de bière, les extraits de foie cru fournissent le complexe B ; les jus d'orange, la vitamine C ; l'huile de foie de morue, les vitamines A et D.

Dans le cas où les carences vitaminiques sont le fait de troubles digestifs caractérisés par une absorption insuffisante, la voie parentérale est indiquée. La vitamine C peut être donnée sous forme de sel de sodium (monethonolamine) de l'acide ascorbique 100-200 mmgr. par jour ; l complexe B peut être donné sous forme de chlorure de thiamine 10-20 mmgr. par jour, d'acide nicotinique 100-200 mmgr. par jour ; de riboflavine 5 mmgr. par jour, d'extrait de foie, 5 cc. tous les deux jours, soit en intraveineux soit en intramusculaire.

Du reste des préparations renfermant tout le complexe B existent dans le commerce toutes prêtes à être utilisées, soit par la bouche, soit par la voie parentérale.

Quant aux sujets avec hypoprotéinémie, les moyens diététiques doivent être d'abord essayés ; s'ils s'avèrent insuffisants ou si l'opération ne peut être remise à trop longtemps, l'injection intraveineuse de plasma, après détermination du taux des protéines du sang, est la façon la plus énergique d'y remédier ; 1 litre de plasma suffit normalement. Si le malade a perdu beaucoup de sang en cours d'opération et s'il ne peut encore s'alimenter, un demi-litre de plasma tous les deux jours est indiqué.

En cas de déshydratation, il faut se souvenir que l'administration de quantités excessives de sérum physiologique chez un patient avec hypoprotéinémie peut précipiter au contraire l'apparition de l'œdème.

L'injection de plasma est encore indiquée chez les malades nourris pendant longtemps au sérum glucosé intraveineux et chez tous ceux à qui on ne peut donner des protéines par l'alimentation.

Pour terminer, rappelons que chez certains sujets, les désordres ayant dépassé le stade fonctionnel et provoqué des lésions anatomiques irréversibles, la mise en application d'une thérapeutique même intensive peut rester inefficace.

IV. — Le Shock

Le mot « shock » bien que très connu et universellement employé est cependant très difficile à définir. Appliqué à différents états, il n'est pas facile à décrire, d'autant que son mécanisme complet et intime est encore inconnu. Il survient dans des conditions variées, après un traumatisme grave, une grande hémorragie, des opérations prolongées, des brûlures étendues ; il est caractérisé par une diminution du rendement du cœur et du volume du sang circulant, apparemment dû à de nombreux facteurs dont le premier en tête est une augmentation de la perméabilité des parois capillaires.

Comme on le remarque, voilà groupés sous une même dénomination une série d'états qui ont très peu de relation entre eux. On a essayé de substituer en vain une autre terminologie : il y a en effet autant de causes de shock, d'effondrement de la circulation périphérique, qu'il y a de causes de fièvre.

Blalock a essayé d'apporter un peu de clarté dans la classification et a proposé de joindre au mot shock un autre qualificatif comme par exemple de dire : shock traumatique, shock par hémorragie, shock par brûlure, shock par péritonite...

Quelles sont les théories mises en avant pour expliquer le shock ?

C'est en 1743, d'après John Scudder, que pour la première fois le mot shock apparaît dans la littérature médicale de langue anglaise après une traduction des œuvres de Le Dran.

Depuis tous les auteurs, sans arrêt, se sont attaqués à ce problème et toutes sortes de théories ont été proposées. Quénu le premier parla d'une toxine née au niveau des tissus contus et absorbée par l'organisme ; Dale et ses collaborateurs prétendirent que le shock était dû à l'absorption d'histamine formée au niveau de l'endroit traumatisé.

Gasser et Erlander développèrent la théorie de la diminution du volume du sang circulant ou « reduced circulation ». Cette théorie fut corroborée par les travaux d'autres chercheurs qui montrèrent que cette diminution était occasionnée par la stagnation du sang, due à une vaso-dilatation, par la perte de sang comme dans les hémorragies, par la perte de plasma comme dans les brûlures ou par un changement dans la perméabilité des capillaires.

Blalock a pu démontrer que la perte très grande de plasma au niveau des tissus contus était suffisante pour réduire le volume du sang circulant.

Les glandes surrénales ont été incriminées et Douglas en 1923, Freeman en 1935, ont montré l'importance de l'hypersécrétion d'adrénaline survenant au cours du shock. Mais cette adrénaline est-elle la cause du shock ou le résultat de l'effort de l'organisme à lutter contre le shock ?

D'autres auteurs dont Scudder ont trouvé dans le shock une augmentation de potassium dans le plasma. Il n'est pas encore prouvé que cette élévation du taux du potassium du sang soit capable de provoquer une perméabilité capillaire aboutissant à la diminution du volume du sang circulant.

Actuellement la science moderne, si elle a reculé les limites du problème n'a pas trouvé mieux et toutes ces théories à la fois peuvent se soutenir. Cependant il en est trois généralement, admises qui semblent recueillir la faveur des physiologues et des chirurgiens, ce sont la théorie de la perte de sang ou de plasma, la théorie toxique et la théorie nerveuse.

Certains ont essayé d'individualiser un shock initial, un shock secondaire et un shock tardif.

Dans un essai de *classification physiologique* Blalock à la suite d'autres auteurs a proposé de désigner les différents types d'effondrement de la circulation périphérique sous les noms de *shock hématogénique*, *shock neurogénique* et *shock vasogénique*.

Shock hématogénique

C'est le shock traumatique typique secondaire à une blessure dans lequel le facteur essentiel est la réduction de volume du sang.

Le rendement du cœur est diminué, malgré une tension artérielle parfois normale ou presque, conséquence d'une vasoconstriction compensatrice. Les travaux de médecine expérimentale ont prouvé que la réduction de volume du sang circulant était le facteur le plus important dans la genèse du shock, cette réduction est due à la perte de sang ou de plasma au foyer traumatisé.

A mesure que le shock progresse le rendement du cœur diminue ; après un certain degré, la chute de tension artérielle et l'asphyxie progressive des tissus conduit à des désordres métaboliques tels que des lésions du cœur, des surrénales et du cerveau rendent le shock irréversible.

Le traumatisme des tissus accroît la sévérité du shock et peut parfois constituer le facteur dominant. Il est probable que des produits de destruction tissulaire pénètrent dans le torrent circulatoire comme dans les brûlures et les écrasements des membres.

D'autres facteurs, les uns connus comme l'infection, d'autres inconnus encore, se surajoutent probablement, le tout aboutissant à un blocage rénal.

Shock neurogénique

Ici la vaso-dilatation occasionnant une chute de la tension artérielle avec une diminution consécutive du rendement du cœur est le facteur principal. Le processus peut être dû à une action directe sur le système nerveux ou à une action réflexe, comme dans le cas d'un coup sur l'abdomen. La chute de tension artérielle a ici une signification moins grave que celle rencontrée dans le shock hématogénique puisqu'ici il n'y a pas une baisse considérable du volume du sang.

Shock vasogénique

Dans ce cas la vaso-dilatation est la conséquence directe de l'action sur les parois vasculaires de produits tels que l'histamine.

C'est probablement en partie, de cette façon qu'agissent les liquides intestinaux qui fusent dans le péritoine.

De toute façon on ne saurait trop insister sur le fait que très souvent le shock n'est pas produit par un seul facteur mais par une combinaison de plusieurs facteurs.

Lésions histologiques

Du reste, dans tous ces états de shock, quel qu'en soit le mécanisme, on retrouve les mêmes lésions anatomo-pathologiques.

A la suite de l'effondrement de la circulation périphérique, il y a une congestion étendue, un véritable engorgement des artérioles, véhicules et capillaires ; consécutivement à cette stase il se produit une fuite de plasma à travers l'épithélium des capillaires, à la suite de laquelle se fait une autolyse avec dégénérescence. Ces lésions se remarquent surtout dans le rein, le foie, le pancréas, dont les changements cataboliques deviennent irréversibles, ce qui montre la nécessité d'un traitement immédiat.

Je ne m'arrêterai pas sur les aspects cliniques du shock établi qui sont archiconnus et dont le diagnostic est des plus faciles.

Là où il est malaisé parfois de porter un diagnostic et où pourtant la thérapeutique a le plus de chances de porter immédiatement ses fruits, c'est dans le shock au début, quand le tableau clinique n'est encore qu'esquissé.

La vaso-constriction de défense empêche tout d'abord une baisse de la tension artérielle ; les changements de pouls sont parfois trompeurs.

L'hémoconcentration ordinairement observée dans les brûlures, les écrasements, les péritonites, peut ne pas se trouver présente ; la détermination de l'hémoglobine peut être impossible à pratiquer faute d'un laboratoire qui fonctionne au moment même...

Le diagnostic peut être alors très difficile.

Seule la chute de tension consécutive aux changements de position du malade est un indice indicateur précoce.

Aussi pour éviter de laisser s'établir un shock irréversible dans tous les états présentant une présomption de gravité, et devant l'importance d'un traumatisme pouvant faire soupçonner une perte sérieuse de sang convient-il de mettre en œuvre tout notre arsenal thérapeutique.

Traitement

Pour prévenir le shock nous disposons de beaucoup de moyens.

En premier lieu il convient de lutter contre la déshydratation avant toute intervention chirurgicale par l'administration de liquides abondants ; les purgatifs drastiques doivent être abolis ; les réserves de glycogène dans le foie restaurées ; la nervosité et la peur combattues par les sédatifs.

Les autres moyens consistent dans une hémostase parfaite ; l'usage du tourniquet doit se faire avec circonspection. L'emploi de la morphine ou de ses succédanés de préférence (car elle provoque des nausées et des vomissements) le sédol, le demerol, la dolantine, le dilaudid doit devenir une routine.

Il faut dans ce cas se souvenir qu'en cas de shock, le narcotique peut ne pas être absorbé de suite à cause de la chute de tension et que de nouvelles injections en s'accumulant peuvent provoquer des ennuis au rétablissement de la circulation.

Les membres cassés doivent être immobilisés de suite avec des attelles ; le malade est mis tête basse et protégé contre le froid.

A ce propos il convient d'insister sur la nécessité de ne pas trop réchauffer le malade. On comprendra aisément pourquoi.

La température des extrémités ayant baissé par suite d'une vaso-constriction de défense pour lutter contre la chute de tension et permettre au sang d'aller à des centres plus vitaux, tout essai de réchauffer le malade par des bouillotes, des couvertures, se traduira par une vaso-dilatation entièrement préjudiciable ; en outre la transpiration ainsi provoquée va encore occasionner une nouvelle déperdition de liquide et augmenter la déshydratation.

En conséquence, il vaut mieux tout simplement essayer de conserver au corps sa chaleur plutôt que de le chauffer artificiellement.

Les extraits surrénaux ne se sont pas montrés avoir un effet quelconque sur le shock traumatique ; l'oxygène en inhalation a été plutôt décevant.

Quant aux médicaments vaso-constricteurs ils sont nettement inutiles puisqu'il y a déjà une vaso-constriction.

Le traitement idéal serait plutôt celui qui rechercherait à augmenter le volume du sang plutôt qu'à élever la tension artérielle, ce qui ne produirait du reste qu'un effet provisoire.

D'ailleurs le retour de la pression artérielle à la normale ne signifie nullement que le volume du sang est restauré puisque certains malades peuvent perdre jusqu'à 25 % de leur sang sans une grande baisse de la tension, et celle-ci peut retourner à la normale pendant une transfusion avant même que le volume du sang perdu soit remplacé.

Le seul traitement de choix qui peut atteindre le but désiré, c'est la *transfusion de sang*, transfusion abondante, 2.000 à 2.500 cc de sang selon les pertes, transfusion précoce avant l'hémodilution, car l'hémoglobine quelle que soit l'importance de l'hémorragie est rarement réduite de plus de 15 % dans les premières heures, puisque le passage des liquides des espaces celluleux dans le torrent circulatoire se fait doucement.

Aussi la recherche de l'hémoglobine dans les premières heures ne peut-elle servir comme un critérium de la sévérité de l'hémorragie.

La transfusion doit aussi être rapide au début : 2 pintes de sang dans les dix premières minutes, le reste étant injecté plus lentement.

L'administration de plasma intraveineux trouve son indication plutôt dans les brûlures puisqu'elle vise à remplacer le sérum perdu au niveau des surfaces brûlées ; la lutte contre l'anémie ne se posant que dans les jours qui suivent et non pas au début.

Les quantités de sérum physiologique et glucosé injectées en intraveineux ne doivent pas dépasser les quantités de sang ou de plasma, cependant que l'on va essayer de fournir des liquides par toutes les autres voies possibles.

Le lactate de soude et des solutions salées par voie buccale ou même en intraveineux sont d'un précieux concours dans le traitement des brûlés, mais ne peuvent prendre la place du plasma alors que, par contre, le sérum gélatiné peut à la rigueur le remplacer modérément.

L'usage des colloïdaux comme la gomme et l'acacia ont été en effet préconisé ces dernières années, ainsi que celui de l'albumine humaine en solution concentrée. Cette dernière n'est encore utilisée que dans l'armée américaine et ne se trouve pas encore dans le commerce.

Enfin l'absence d'endroits pour injecter toutes ces solutions parfois chez les brûlés, a fait rechercher par certains, d'autres portes d'entrée. C'est ainsi que certains auteurs ont utilisé le sternum qu'ils ponctionnent avec une aiguille spéciale pour injecter de grandes quantités de sérum.

Beaucoup de ces méthodes sont encore au stade expérimental. L'avenir seul pourra nous dire ce qu'il faudra retenir de ces procédés nouveaux.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Coller F. A. and Maddock W. G. — Water and Electrolyte Balance. *Surg. gyn. et obst.* 1940.

Coller F. A. — Review of Studies on water and electrolyte balance in Surgical patients. *Surgery* 1942.

Bartlett R. M., Bingham D.L.C. and Petersen S. — Salt Balance in Surgical Patients. *Surgery* 1938.

Gamble J. L. — Extracellular fluid and its maintenance. *New England J. Med.* 1936.

Johnston and Newburgh. — Calculation of heat production from insensible loss of weigth. *J. Clin. Investigation* 1942.

LASHMET F.H. and NEWBURGH L. H. — Comparative study of secretion of water and solids by normal and anormal kidnays. *J. Clin. Investigation* 1932.

LUNDY John S. — Clinical Anesthesia. Philadelphia. W.B. Saunders C° 1942.

II. — CHRISTOFER. — Text Book of Surgery. W.-B. Saunders 1945.

CANTAROW, ABRAHAM and TRUMPER, MAX. — Clinical Biochemistry. Philadelphia W.M. Saunders 1945.

GAMBLE J.L. —Acidosis and Alcalosis. *New England J.Med.* 1928.

GRAHAM and MORRIS. — Acidosis and Alcalosis, Baltimore, Wm. Wood Co 1933.

NICOL B.M. — Renal changes in Alcalosis, related to Alcali Treatment of peptic ulcer. *Quart. J. Med.* 1940.

VAN SLIKES D.D. — Acidosis and Alcalosis. *Bul. New York Acad. Med.* 1940.

III. — MEIKLEJOHN A.P. — Vitamines, *New England J. Med.* 1940.

Mc. CRAY P. M., BARDEN R. P. and RAVDIN I. S. — Nutritional œdema ; its effects on the gastric emptying time before and after gastric operations. Surgery 1937.

CLARK A.H. — The effect. of diet on the healing of wounds. *Bull. Johns Hopkins Hosp.* 1919.

WHIPPLE G.H. — Protein production and exchange in body including hemoglobiplasma, protein and cell. proteinc. *Am. J. M. Sc.* 1938.

BARTLETT M.K., Jones C.M. and RYAN. A.E. — Vitamin C Studies on Surgical Patients. *Ann. Sur.* 1940.

ELMAN R. — The correction of protein Deficiences in *Surgical Patients* 1942.

HARTZELL, WINFIELD and IRVIN. — Plasma vitamin C and Serum protein level in wound disruptiou. *J.A.M.A.* 1941.

IV. — BLALOCK A. — Experimental Schock 1930.

BLALOCK A. — Trauma to the intestines. The importance of the local loss of fluid in the production of low blood pressure. *Arch. Surg.* 1931.

BLALOCK A. — Effect of primary shock on cardiac out put and blood pressure. *Proc. Soc. Exp. Biol. et Med.* 1933.

ERLANGER and GASSER H. S. — Studies in secondary traumatic shock. 1929.

FREEMAN N.S. — Cortin and traumatic shock. *Science* 1933.

PARSON E. and PNEMISTER D.B. — Hemorrhage and schock in traumatized limbs. *Surg. Gyn. and Obst.* 1930.

SCUDDER John. — Shock : Blood studies as a guide to therapy. *Philadelphia-Lippencot* 1940.

ACTUALITÉS

La pénicilline dans le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses fistulisées et secondairement infectées

On connaît bien la gravité de l'infection secondaire qui tôt ou tard, mais immanquablement, complique la fistulisation des tuberculoses ostéo-articulaires.

Cette gravité devient extrême pour les grosses articulations (mal de Pott lombaire, sacro-coxalgie, coxalgie, tumeur blanche du genou), encore plus s'il y a association de plusieurs foyers importants (les polytopes de V. Ménard), et enfin surtout s'il s'agit d'adultes chez lesquels la résistance à l'infection est moins grande que chez les enfants.

On sait combien ces grands infectés traînent pendant des années une existence lamentable, immobilisés avec des poussées fébriles, des sueurs profuses, une anorexie insurmontable, la dégénérescence amyloïde des viscères aboutissant à la cachexie finale. La fistulisation, « la porte ouverte à la mort », et l'infection pyogène secondaire constituent la cause principale de mortalité dans les ostéo-arthrites tuberculeuses.

L'apparition des sulfamides avait fait naître un grand espoir d'amélioration du pronostic de ces malades. Leur emploi a en effet donné des résultats heureux chez certains d'entre eux dans les cas d'infection récente. Mais dans la majorité des cas, ils se sont montrés décevants : l'action du produit est lente à se produire, les rechutes inévitables lors de la cessation de la médication, et enfin beaucoup de ces infectés chroniques dont les organes digestifs, le foie en particulier et les reins, sont déjà affaiblis par une longue suppuration, ne tolèrent pas les doses utiles de sulfamide, présentent des nausées, des vomissements, de l'oligurie, obligeant à cesser le traitement.

***

Deux articles récents viennent de montrer ce que l'on est en droit d'espérer de l'emploi de la pénicilline dans ces cas.

MM. J. BASTIDE, J. ARRIGHI, J. GIBERT et L. MASSEL ont publié dans la *Presse Médicale* du 9 août 1947 les résultats obtenus au Sanatorium marin du Grau-du-Roi (Gard) par l'emploi de la pénicillothérapie employée depuis six mois sur 17 malades gravement atteints.

Le Dr Giorgio PICCININI rapporte dans *Il Policlinico* du 18 septembre 1947, ceux qu'il a observés chez 15 malades du Centre orthopédique et des mutilés Victor Putti, à Bologne.

Les malades du Grau-du-Roi, dont on ne nous donne pas l'âge, présentaient les lésions fistulisées suivantes : 7 coxalgies, 2 sacro-coxalgies, 6 maux de Pott, 1 tuberculose du sacrum, 1 tuberculose du pubis.

Tous présentaient des formes graves, les uns suppurant depuis très longtemps (7 ans, 12 ans), les autres des fistulisations très récentes, en particulier deux opérés dont d'anciennes poches d'abcès avaient été ouvertes au cours d'une intervention.

Les malades du centre de Bologne, dont on nous donne 8 observations complètes avec les courbes de températures, comportent un seul enfant de 8 ans, tous les autres sont des adultes jeunes entre 21 et 28 ans. Leurs lésions étaient particulièrement graves et le plus souvent les foyers multiples : 7 maux de Pott lombaires dont 2 avec une sacro-coxalgie, 1 avec une sacro-coxalgie double, enfin 2 pottiques présentaient l'association l'un d'une coxalgie et l'autre d'une coxalgie double ; sur deux autres coxalgiques on notait chez l'un l'association avec une sacro-coxalgie ; enfin une tumeur blanche du genou fistuleuse.

Voici les résultats obtenus par l'emploi de la pénicilline.

Chez les malades du Grau-du-Roi on a observé une diminution rapide de la température sauf dans le cas de fièvre irrégulière avec clochers espacés ; chez 3 de ces malades, l'influence a été nulle ; chez un seul la fièvre disparut.

La courbe de température des malades de Bologne semble beaucoup plus régulièrement favorable. Sur les 8 qui sont reproduites, on voit qu'après deux, trois, quatre jours de pénicilline, la température tombe à la normale et il n'y a que 2 cas de rechutes avec défervescence par un nouveau traitement de trois jours. Cette défervescence a été obtenue avec des doses relativement faibles : 400.000 à 600.000 U.. au total dans les formes chroniques. Dans les formes aiguës la défervescence n'est obtenue qu'avec des doses plus fortes.

L'effet sur l'état général est non moins frappant. Sur 11 malades du Grau-du-Roi ayant un état général grave, troubles hépatiques, anorexie, tous ont été très améliorés et cette amélioration, lorsqu'elle doit se produire, apparaît dès le début du troisième jour (800.000 U. de pénicilline) ; l'appétit revient, les troubles digestifs disparaissent, le foie diminue de volume.

A Bologne, le Dr Piccinini fait les mêmes constatations et insiste sur la disparition de cette anorexie insurmontable si nuisible à ces malades. L'examen de sang montre une diminution de l'anémie et un abaissement de la leucocytose.

Localement, dans l'un et l'autre travail, on décrit des modifications importantes : au début écoulement de pus plus abondant parce que plus fluide, puis diminution de la suppuration, fermeture d'une partie des fistules, les moins déclives, et même comme dans 2 cas à Bologne, fermeture de toutes les fistules. En même temps, disparition de l'infiltration inflammatoire autour

des fistules, des décollements, des ulcérations avec tendance à la cicatrisation.

Cette action locale est naturellement plus tardive que celle sur l'état général.

Pour l'administration de la pénicilline, au Grau-du-Roi elle a comporté 40.000 U. pour la première injection, puis 50.000 toutes les trois heures, soit 400.000 U. par jour, avec un total de 1.400.000 U. Les malades ont reçu en moyenne 4 séries espacées de un mois, avec une dose croissante. En même temps on pratiquait dans le trajet fistuleux l'injection de faibles doses de pénicilline ou de solufontamide.

A Bologne les doses employées ont été plus faibles : doses journalières de 50.000 à 200.000 U. selon la gravité du cas, avec un total de 400.000 à 600.000 U. en deux ou trois jours.

Dans un cas on a employé une dose unique de 300.000 U. de pénicilline dans de la cire d'abeille, dose répétée à un mois de distance.

Les résultats obtenus sont intéressants mais parfois encore décevants. L'amélioration obtenue souvent ne se maintient pas, les fistules qui se sont fermées complètement (1 malade de Bologne) se rouvrent et on peut voir succomber le malade (obs. 4 de Bologne, mal de Pott lombaire avec 2 sacro-coxalgies).

***

Bien qu'il n'y ait pas encore assez de recul pour porter un jugement définitif sur l'action de la pénicilline sur les ostéo-arthrites tuberculeuses fistulisées et leurs différentes variétés, on est en droit de considérer déjà son emploi comme la meilleure thérapeutique que nous ayons à notre disposition.

L'observation 3 de Piccinini rapporte une fistulisation avec suppuration abondante après résection du genou pour tumeur blanche. Avec des doses faibles de pénicilline — 100.000 U. — la cicatrisation définitive a pu être obtenue.

L'amélioration de l'état général met certains de ces grands malades en état de supporter des opérations de drainage, par exemple dans la coxalgie, une résection qu'il n'aurait pas été en état de supporter. Enfin, les progrès dans la pénicillothérapie, en particulier l'emploi de pénicillines-retard, à doses espacées dans les 24 heures, permettront sans doute de prolonger beaucoup plus longtemps le traitement et d'arriver à stabiliser l'état d'un plus grand nombre de ces grands malades.

Marcel LANCE.

XXVIIe Congrès français d'hygiène

Paris, 13-15 octobre 1947

Ce XXVIIe Congrès d'hygiène qui s'est tenu dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur a remporté un très grand succès — il ne le cède en rien aux précédents — pour la haute valeur des communications et l'intérêt des discussions.

A la séance d'ouverture, que M. le Ministre de la Santé et de la Population honorait de sa présence, M. Sentenac, inspecteur général des Ponts et Chaussées, président de la Société de médecine publique et d'hygiène sanitaire, remercia les personnalités assistantes qui avaient bien voulu répondre à l'invitation, et montra que, dans le désarroi moral de notre époque, cette manifestation était une marque d'espérance dans le relèvement du pays. « Les dépenses pour les travaux sanitaires, dit-il, passent pour improductives et cependant ces travaux, s'ils sont judicieusement exécutés et exploités, sont rentables car on diminue ainsi les foyers de maladies, notre devoir est de contribuer à éclairer l'opinion publique. »

Le ministre, ensuite, se félicita de voir dans l'assistance et parmi les rapporteurs un nombre important de fonctionnaires de la santé. Il montra combien dans les circonstances actuelles leur rôle était difficile et délicat, et il insista plus particulièrement sur le fonctionnement de la sécurité sociale et l'utilité d'une collaboration étroite des médecins inspecteurs de la Santé et des praticiens.

Le premier rapport fut celui de MM. Leclainche et Boyer sur la police sanitaire aérienne et ses réglementations nouvelles.

Après avoir rappelé que la question d'une convention sanitaire internationale pour la navigation aérienne fut évoquée dès 1919 et avoir rappelé également la convention de La Haye de 1933 et celle de 1944, les rapporteurs exposèrent l'organisation du contrôle sanitaire aérien en France et notamment celui de l'aérodrome d'Orly. Dans l'ensemble ce contrôle doit assurer deux tâches : la salubrité de l'avion et la surveillance des passagers. La salubrité comprenant les mesures d'hygiène générale, la désinsectisation, la désinfection, la dératisation.

Le contrôle sanitaire des passagers est une tâche parfois difficile, MM. Leclainche et Boyer en montrent les raisons et suggèrent certaines modifications à apporter dans l'organisation nationale et internationale.

Toutefois, on peut certifier que dès maintenant le service sanitaire aérien de Paris remplit utilement son rôle.

Le président remercia les rapporteurs de leur très beau rapport.

M. Lamy exposa ensuite l'organisation de la police sanitaire dans la région de Toulouse, à l'aérodrome de Blagnac et de Francazal, et M. Goulley celle de la base aérienne de Bordeaux-Mérignac. La séance de l'après-midi débuta par le rapport de M. Missenard sur les travaux de la commission française de l'habitation et de la commission internationale de la Société des nations.

M. Armand-Delille insista sur l'importance de pouvoir faire bénéficier les citadins de la cure de soleil, et proposa que les architectes réalisent sur les toits des terrasses abritées, permettant de prendre des bains de soleil.

Il insista également sur la nécessité d'installer une buanderie bains-douches dans chaque maison rurale.

M. Koch, avec sa grande compétence connue de tous les hygiénistes, étudia le grave problème de l'alimentation en eau et de l'assainissement des immeubles isolés, et montra comment on pouvait le solutionner.

M. Benech, dans une communication sur les habitations à bon marché et la protection maternelle et infantile, démontra l'insuffisance en nombre des crèches, gouttes de lait et garderies, l'augmentation du nombre des mères de famille obligées de travailler, et la nécessité absolue que les crèches soient placées au plus près du domicile des parents. Il émit le vœu que les pouvoirs publics imposent dans les H. B. M. les crèches et divers organismes de protection maternelle et infantile.

M. Dainville de la Tournelle, directeur de la Santé dans une région particulièrement sinistrée, insista fort justement sur le rôle social de l'hygiène et du confort dans l'habitat rural. Le taudis rural avec ses fenêtres étroites, ses plafonds bas, son absence d'eau potable ainsi que l'entassement dans les régions sinistrées favorisent l'exode vers les villes et, à ce propos, M. Dainville de la Tournelle cita les chiffres tristement impressionnants. Il convient donc de promulguer un code de l'habitat, et en attendant, de faciliter toutes les améliorations et de diffuser dans les campagnes les principes élémentaires d'hygiène.

M. Brousse, directeur de la Santé de la Corrèze, insista à son tour sur la nécessité d'améliorer l'habitat rural et M. Lavoisine présenta une étude très documentée de M. Minvielle sur l'hygiène rurale en pays basque ou la morbidité et la mortalité infantiles sont très grandes. M. Lavoisine montra l'œuvre admirable accomplie par M. Minvielle qui a su gagner la confiance du paysan basque et qui est un véritable apôtre de la médecine rurale.

Après une communication de M. P. Richard sur l'hygiène à Saint-Céré, M. Sayouc exposa sa conception du confort de l'habitation selon les prescriptions légales et réglementaires, car pour le moment les directives techniques du ministère de la Reconstruction n'ont que la valeur de simples suggestions.

M. Anselme attira l'attention des hygiénistes sur l'insalubrité résultant du mode de construction des gaines de cheminées.

La seconde journée fut consacrée au problème des déchets urbains, à leur collecte et à leur traitement. Ce fut d'abord le rapport très documenté de M. Partirdge, chef du service technique du nettoiement de la Préfecture de la Seine, puis les communications de M. Joulot sur l'incinération des ordures ménagères et des centrales thermiques, de M. Delattre sur la thermostérilisation et l'utilisation industrielle des résidus urbains et de M. Dufournet qui étudia plus spécialement le traitement biologique.

M. Puget, à propos du problème des ordures ménagères dans les petites agglomérations, montra qu'on doit respecter autant que l'on peut le cycle créé par la nature et que deux solutions

sont à considérer : le dépôt contrôlé et le ramassage et le transport jusque dans le champ du cultivateur.

M. Abdon traita des perfectionnements à la technique des vidanges et de la méthode de séparation des matières excrémentielles solides et liquides, ainsi que de l'incinérateur-dépotoir d'ordures ménagères.

Mme Dainnezon exposa la collecte et le traitement des ordures ménagères à Narbonne, quatorze ans de fonctionnement de l'usine zymothermique. Cette usine donne pleine satisfaction, la température des cellules atteint 80° le quatrième jour, il n'y a aucune odeur, pas de mouches, pas de rats — et pas de manipulation des ordures fraîches.

M. Rouyer insista sur les avantages des décharges contrôlées, procédé simple, efficace, et de réalisation peu coûteuse.

MM. Poulain et Roman montrèrent les essais de lutte contre le moustique urbain dans une grande ville ainsi que les beaux résultats obtenus grâce aux insecticides modernes.

Le troisième jour fut consacré à la visite de l'aérodrome d'Orly, où les congressistes purent admirer le gros effort accompli pour l'organisation efficace du contrôle sanitaire aérien. Cette visite fut la confirmation du très beau rapport de MM. Leclainche et Boyer.

Il convient de féliciter les organisateurs du XXVII[e] Congrès d'hygiène et notamment de M. Leclainche, secrétaire général, qui cette année encore, comme l'an passé, remporta un très vif et très légitime succès.

Raymond Neveu.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Séance du 2 décembre 1947

A propos de la communication antérieure de MM. Leroux, Cavaillon et Mme Sautler-Duval. — MM. Cadenat, Binet.

La liberté de prescription. — La question de la liberté de prescription qui a été soulevée la semaine dernière par l'*Union de la presse médicale française* a également préoccupé l'Académie de Médecine.

Pour l'étudier elle a nommé une commission de la thérapeutique.

Sont choisis comme membres de cette commission MM. Guillain, Carnot, Delépine, Lemierre, Rist, Loeper, Laubry, G. Ramon, Baudoin, Binet, Polonovsky, Fabre, Aubertin, Hazard.

Rapport sur l'inscription au tableau A du dicoumarol antivitamine K, méthylène - bishydrosycoumarine. — M. Fabre. — *Discussion :* M. Le Lorier.

Election. — M. Lesbouyries est élu membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire en remplacement de M. Boquet, décédé.

L'emploi du formol pour la conservation du lait. — M. Martel. — L'emploi du formol même à très petite dose comme conservateur du lait et élément empêchant la tourne du lait, doit aussi bien que tout corps chimique être proscrit ; aussi bien que doivent l'être pour tous les aliments de telles substances. En tous pays les essais n'ont jamais préparé que des mécomptes ; l'innocuité de ces procédés est plus que douteuse.

Effets curatifs de la streptomycine chez les souris contaminées par le « mycobactérium tuberculosis ». — MM. Levaditi et Vaisman. — L'injection intraveineuse à la souris de bacilles de Koch virulents cause la mort d'un petit nombre d'animaux pour une dose sous-léthale ; il n'y a aucune mort si les souris sont traitées par la streptomycine.

L'étude anatomopathologique des poumons montre l'identité du mécanisme que la guérison soit spontanée ou due à la streptomycine : phagocytose et dégénérescence intracytoplasmique des bacilles. La phagocytose est le fait des endothéliums alvéolaires se transformant en éléments granulo-adipeux. Chez certains animaux l'évolution prolongée peut provoquer l'apparition de cavernes ; la streptomycine empêche l'excavation du parenchyme.

La motilité du nouveau-né. — — MM. André-Thomas et Hanon. — En s'aidant de la projection d'un film les auteurs attirent l'attention sur la précocité de la station et de la marche du nouveau-né, l'adaptation correcte de l'organisme aux réactions d'attrait et d'éloignement dus à divers excitants sur la tête, le tronc et les membres inférieurs et précisent les premiers automatismes.

Dans quelle mesure la tuberculose est-elle responsable de la mort des jeunes enfants atteints de lésions pulmonaires tuberculeuses ? Importance primordiale des états infectieux. — M. M. Renaud. — D'après 30 observations cliniques d'enfants de moins de 4 ans observés dans les dernières années, rapprochées des résultats d'autopsie, il semble que la mort survienne soit après 1 à 2 ans par cachexie, du fait de lésion caséeuses considérables, soit, et le plus souvent, après un état infectieux imprévu, évoluant rapidement. Les lésions bacillaires sont des plus réduites et de type surtout inflammatoire.

En rapprochant ces faits de ce qui s'observe à la même époque chez des enfants non tuberculeux morts rapidement, on relève dans la période récemment écoulée des accidents toxi-infectieux d'aspect clinique divers qui sont en réalité les poussées aiguës au cours de ce que l'auteur dénomme : *Morbus infantis* et dont une maladie intercurrente, tuberculeuse ou non, précipite l'évolution.

La tuberculose à elle seule n'est donc responsable en réalité que d'une partie des morts ; l'opinion classique sur la bénignité relative des tuberculoses de l'enfance est dans une certaine mesure justifiée.

Ces constatations doivent être prises en considération pour l'organisation des préventoria.

CHRONIQUE

CLAUDE BERNARD

(A propos de deux commémorations)

En dépit des années qui s'enfuient et du chaos présent, la pensée de Claude Bernard n'a rien perdu de sa fécondité, constatation réconfortante. 70 ans ont passé depuis la mort du maître et longtemps après la cérémonie par laquelle le Collège de France avait salué le centenaire de sa naissance, l'année 1947 a témoigné de la reconnaissance du pays natal et de la science française.

Le 6 juillet dernier, Saint-Julien-en-Beaujolais a vu inaugurer le musée intime des souvenirs personnels : dans la maison où Claude Bernard naquit et vécut ses premières années en un pays qui lui demeura cher, la piété des siens et des savants de France a réuni des objets familiers, des diplômes, des manuscrits, témoignages de la fidélité du savant et de sa petite patrie.

Nombreuses étaient les personnalités qui se sont réunies autour de Mme Devey, petite-nièce du maître, dans la » Maison de Claude Bernard ».

Le premier orateur, M. Justin Godard, à qui rien de ce qui touche son pays lyonnais n'est indifférent, évoqua magistralement la vie du savant.

Dans une causerie dont notre éminent confrère le Dr Le Goff nous a aimablement communiqué le texte, M. Ullard, président de la Chambre de Commerce de Villefranche, fit avec une pertinence de philosophe qualifié la synthèse de la philosophie scientifique moderne dont Claude Bernard, nouveau Descartes, établit les fondations. Rien ne témoigne plus nettement d'une influence toujours agissante sur le mouvement des idées. Alors qu'on aurait pu croire sa pensée tournée vers des horizons tout autres, un humaniste s'est révélé dans l'orateur, tout pénétré de la pensée bernardienne devenue le bien de tous et l'élément indispensable à la science moderne, même dans des directions apparemment très différentes de la physiologie.

***

C'est encore une commémoration que la publication de textes inédits où le maître s'apprêtait à donner à ses principes un développement plus étendu et une démonstration plus circonstanciée.

On savait que l'Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, qui depuis deux générations demeure le livre de chevet des physiologistes, n'était que le prélude à une œuvre plus vaste demeurée à l'état de promesse. Heureux possesseur de précieux manuscrits que lui transmit le Professeur d'Arsonval, le Dr Delhoume a su y découvrir l'ébauche déjà très développée de la nouvelle « Somme » de philosophie scientifique demeurée inachevée. C'est donc un événement scientifique que la publication des « Principes de médecine expérimentale » (1). A ce canevas très poussé, le Dr Delhoume a ajouté, en pleine possession de son sujet, une introduction qui mérite elle aussi d'être lue, relue et méditée. La table des matières à elle seule montre la portée générale de l'œuvre : « ...La médecine expérimentale n'est pas un système particulier de médecine... l'empirisme scientifique..., la statistique en général..., des sciences d'observation et des sciences d'expérimentation en général... » entre maint autre chapitre ayant trait directement à la médecine expérimentale, à ses bases et à son programme. Comme le dit une fière épigraphe de Claude Bernard lui-même : « Les principes de la médecine expérimentale sont les principes de toute science expérimentale. »

En commémoration spirituelle aussi, on ne saurait mieux formuler les fondements de la pensée de Claude Bernard que fit M. Ullard. Si retentissantes qu'aient été les découvertes du physiologiste, elles n'auraient pu à elles seules lui assurer la place qu'il occupe dans l'histoire de la pensée si le physiologiste lui-même n'avait su montrer sur quelle base elles reposaient.

La philosophie à ce moment et, du fait du génial spécialiste, subit un nouveau démembrement. Elle abandonne un nouveau domaine et se voit plus étroitement réduite à un rôle de coordination systématique des sciences et de la métaphysique, rôle d'exploration purement intellectuelle du monde extraexpérimental et de ses inconnues.

Par contre, observation, expérience et induction deviennent les instruments propres de la science du XIXe siècle, grâce à Claude Bernard « philosophe malgré lui » dont le génie va toujours s'affirmant. La logique est gouvernée cependant par la notion proprement métaphysique du déterminisme naturel, et sa philosophie biologique par la notion, métaphysique aussi, d'idée créatrice. Elle compose de façon réfléchie et définit les anciennes conceptions du vitalisme et du mécanisme.

Les sciences naturelles, œuvres de description et de classification, de prévision aussi, sont désormais séparées des sciences expérimentales explicatives et conquérantes qui auront en propre une méthode nouvelle. L'expérience ne doit pas être empirisme brut ; la science d'expérience qui comme toute science comporte une comparaison entre les faits observés, donc un jugement, repose sur les expériences mais les faits ne sont pas des preuves. Ce sont seulement des arguments.

La vraie méthode est une synthèse définie élaborée avec l'empirisme et la théorie : le raisonnement expérimental étayé sur un doute méthodique qui n'a rien du scepticisme. Posé l'axiome du déterminisme matériel, élément de foi au milieu du doute, le savant est toujours, et en toute liberté d'esprit, prêt à abandonner ses idées si la vérité le commande. Toute théorie est fausse, inadéquate à la pleine réalité. Le savant a la certitude qu'il existe des lois mais n'a la certitude d'aucune loi. L'esprit, passif, écoute la nature à qui les expériences posent autant d'interrogations.

Le savant ordonne ses investigations par ses expériences coordonnées, il observe et dresse le bilan des résultats obtenus. L'hypothèse n'est qu'une explication à la fois anticipée et provisoire et qui attend vérification. « Le fait suggère l'idée, l'idée dirige l'expérience, l'expérience juge l'idée, » dit Claude Bernard.

La synthèse achèvera ensuite, en physiologie et dans les autres sciences d'expérimentation ce que l'analyse avait commencé. Mais ce qui demeure essentiellement du domaine de la vie, qui appartient à la physiologie mais non à la physique, ni à la chimie, ni à rien autre, c'est l'idée directrice de cette évolution vitale. Et par une synthèse méthodique de la chimie et de l'anatomie à la lumière de cette idée directrice, Claude Bernard continue et complète à la fois Bichat et Lavoisier.

Il a su distinguer « entre les propriétés de la matière et les fonctions qu'elles accomplissent dans les corps organisés, entre le côté matériel de la fonction par lequel elles se rangent sous les lois de la physique et de la chimie et le côté idéal par lequel elles contribuent à une formation, par lequel elle obéit à un type ».

Certes la cause première continue d'échapper mais la cause prochaine se trouvera élucidée. Il y a là assez pour « conquérir la nature, lui arracher ses secrets, s'en servir au profit de l'Humanité. »

R. LEVENT.

(1) Claude BERNARD : « Principes de médecine expérimentale ». Introduction et notes par le Dr Léon Delhoume. Avant-propos du Professeur Léon Binet. Un vol. Paris, Presses Universitaires, 1947. (Bibliothèque de Philosophie contemporaine).

Leçon inaugurale du professeur Olivier

C'est devant un amphithéâtre comble que le Pr OLIVIER a fait, le lundi 8 décembre, sa leçon inaugurale de la CHAIRE D'ANATOMIE. Aux étudiants, ses élèves venus nombreux, se mêlaient les amis et, derrière la table, sur la ligne imposante des robes rouges, se détachait la tache noire du nouveau recteur qui avait, selon la tradition, tenu à honorer, de sa présence, la cérémonie.

Le doyen Binet se lève et, avant de faire l'éloge du nouveau professeur, successeur de Farabeuf, Poirier, Nicolas et Rouvière, rappelle que, pour les Français, ce huit décembre est une journée de deuil ; une minute de silence est observée en l'honneur du Libérateur de Paris dont une foule fervente avait, quelques heures auparavant, accompagné le corps de Notre-Dame aux Invalides.

Prenant ensuite la parole, le Pr Olivier, très applaudi, remercie d'abord le recteur de sa présence, rappelle la belle conduite du doyen Baudoin sous l'occupation, et exprime enfin sa gratitude au doyen Combemale, venu de Lille pour assister à sa leçon.

Puis il évoque le souvenir de sa propre famille, une belle famille médicale : cinq générations de médecins : un arrière-grand-

père qui, au début du XIXe siècle fut officier de santé à Lille, un grand-père médecin des hôpitaux de la même ville et qui, une nuit, fit abaisser trois fois le pont-levis reliant la cité à ses faubourgs, pour aller faire trois accouchements lointains... pour le prix de trente francs ! « heureux temps où le médecin pouvait exercer son art sans se préoccuper de sa propre vie matérielle ! ».

Le Pr Olivier nous parle ensuite de son père, qui, ancien, élève de Tarnier et Budin, joignit à l'exercice de son dur métier d'accoucheur, le goût des beaux livres et contribua à fonder la Société des Bibliophiles — puis de ses propres maîtres : Ricard, dont il fut l'externe, Florent, Ch. Nélaton chez qui il rencontra Ombrédanne dont il devait devenir, au retour de la guerre de 1914, l'assistant — puis de ses maîtres de l'internat : Rouhier, Mauclaire, Kirminon « ce bourreau bienfaisant », grand clinicien dont il devint plus tard chef de clinique, enfin Jalagnier, « le grand sympathique » auprès duquel il fit la connaissance de Veau qui l'orienta vers son premier travail d'anatomie : le thymus.

Farabeuf était alors malade, au déclin de sa carrière ; c'est donc Paul Poirier, le prestigieux professeur, le travailleur extraordinaire que le Pr Olivier vit à l'œuvre, puis Nicolas et enfin Rouvière, dont il nous dit simplement : « De mon temps, les étudiants travaillaient dans le Poirier, maintenant c'est dans le Rouvière. » Il n'est pas plus bel éloge.

Lui-même agrégé d'anatomie, d'abord à Lille, puis à Paris, se voit promu professeur sans chaire. Enfin, la mort prématurée de Hovelacque, ce « bénédictin de l'anatomie », dont il rappelle les œuvres capitales qui resteront : anatomie des nerfs craniens et du grand sympathique, l'ostéologie, l'anatomie du thorax, qui ouvre l'accès à la succession du Pr Rouvière.

S'adressant alors plus spécialement aux étudiants, le nouveau professeur brosse à larges traits l'histoire de l'anatomie, cette « parente pauvre » de la médecine, dont celle-ci ne saurait toutefois dédaigner l'indispensable service ; cette anatomie dont Lieutaud, dès 1716, déclarait qu'elle était « la boussole du médecin » science capitale, science éminemment pratique, l'anatomie conduit le chercheur qui d'un peu haut, en synthétise les résultats, étudie l'évolution des êtres, et leur finalité. Et c'est au seuil « des grandes questions qui nous divisent » que nous conduit le Pr Olivier.

Il termine cette magistrale leçon par un appel au travail acharné et laisse aux étudiants cette ligne de conduite dans la vie : « Travaillez comme si vous deviez mourir demain, travaillez comme si vous deviez vivre toujours. »

Marcel LANCE.

INFORMATIONS
(Fin)

ACADEMIE DES SCIENCES

Prix et subventions attribués en 1947 (1)

Cancer et Tuberculose

Prix Bariot-Faynot. — Trois prix de 20.000 francs sont décernés :
— à M. Camille Guérin, chef de service à l'Institut Pasteur.
— à M. Antoine Lacassagne, professeur au Collège de France.
— à M. le Dr Charles Oberling.

Prix Eugène et Amélie Dupuis (7.000 francs) :
— à M. François d'Allaines, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Physiologie

Prix Montyon (6.000 francs) :
— à MM. Raoul Lecoq, Paul Chauchard et Mme Louis Mazoué, née Henriette Giry.

(1) Voir « Gaz. Hôp. » n° 50, 13 décembre 1947, p. 726.

Prix Philipeaux (3.000 francs) :
— à M. Maurice-Vital Strumza, professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Prix Fanny Emden (5.600 francs) :
— à feu M. Paul Reiss, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Prix Laura Mounier de Saridakis (16.500 francs) :
— à M. André Boivin, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

Anthropologie

Prix André-C. Bonnet (4.000 francs) :
— à M. Pierre Huard, professeur à la Faculté de Médecine d'Hanoï.

Prix généraux

Prix fondé par l'Etat : Grand prix des Sciences physiques (10.000 francs) :
— M. Henri Hermann, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon.

Prix Lallemand (5.000 francs) :
— M. Jean Delay, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

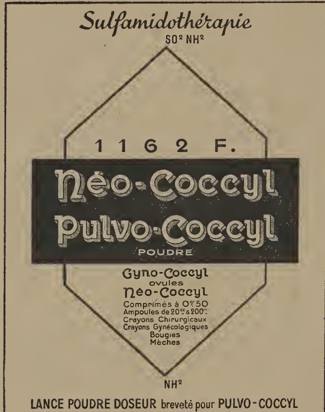
Prix Serres (10.000 francs) :
— M. Emmanuel Fauré-Frémiet, professeur au Collège de France.

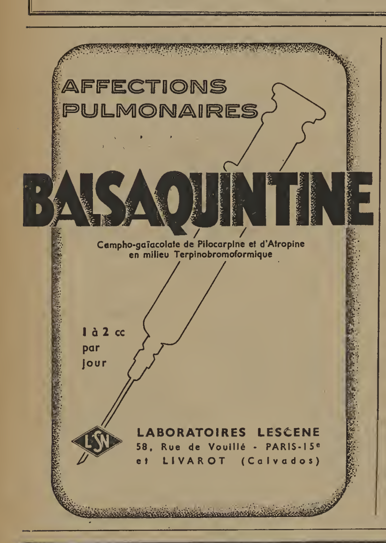
Prix Lonchampt (6.500 francs) :
— M. Fernand Caujolle, professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Toulouse.

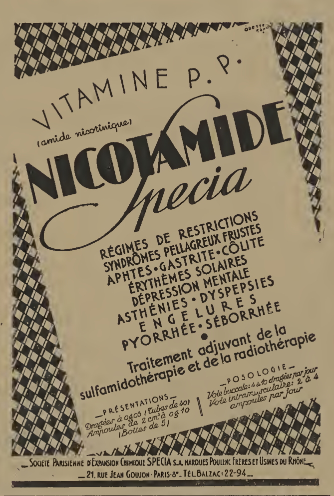
Fondation de Mme Victor Noury. — Un prix de 6.500 francs est décerné à M. Henri Jacotot, directeur de l'Institut Pasteur de Nhatrang.

Fondation Girbal-Baral. — Une allocation de 12.000 francs est accordée à M. Luc-Olivier Picon, externe des hôpitaux de Paris.

On annonce la mort survenue à Jersey, à l'âge de 91 ans, de Sir Alexander Mac Cormick, physiologiste, anatomiste et chirurgien éminent qui professa d'abord à Edimburg puis à Sydney. Il fonda le Royal Australian College of Surgeons de Sydney. Il était membre du Royal College de Londres depuis 1900.







Dépôt légal. — 1947. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 52. — SAMEDI 27 DECEMBRE 1947. 120° ANNEE Ce numéro : 10 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT : Un an. France et Colonies. 600 fr. Etudiants, 300 fr. ; Etranger, 900 fr. *Chèques Postaux Paris : 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Médecin des hôpitaux. — Un concours pour six places s'ouvrira le 9 février 1948.

Inscription du 29 décembre 1947 au 14 janvier 1948 inclusivement.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nominations de professeurs. — Par arrêté en date du 15 décembre 1947, M. Turpin, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1947, professeur titulaire de thérapeutique.

M. Bariety, agrégé, est nommé à compter du 1er octobre 1947, professeur titulaire d'histoire de la médecine.

Association pour le développement des relations médicales

L'A.D.R.M. organise, pour un grand nombre de pays étrangers un double Comité (France-Suisse et Suisse-France, par exemple).

Pour compléter la liste des membres de ces Comités qui sont déjà en partie constitués, elle désirerait connaître les noms des médecins qui s'intéressent plus particulièrement à certains pays. Aussi le Président de l'A.D.R.M. demande à ses collègues et confrères de bien vouloir écrire à Mlle Huré, directrice du Bureau de l'A.D.R.M., salle Béclard, Faculté de médecine de Paris, le ou les pays auxquels ils s'intéressent, ainsi que leur spécialité. Cette note s'adresse, non seulement aux médecins français, aussi bien de province que de Paris, mais également aux chirurgiens-dentistes, aux pharmaciens et aux vétérinaires.

Académie de médecine. — Bureau pour 1948 : Président M. Rist ; vice-président : M. Brindeau ; secrétaire général : M. A. Baudouin ; secrétaire annuel : M. Henri Bénard ; trésorier : M. Jules Renault.

Académie de chirurgie. — Bureau pour 1948 : président, M. Sauvé ; vice-président, M. Küss ; secrétaire général, M. Leveuf.

L'Académie sera en vacances du 17 décembre au mercredi 14 janvier 1948.

SANTE PUBLIQUE ET SECURITE SOCIALE

Actes professionnels. — Le J. O. du 14 décembre publie un arrêté portant modification à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens, spécialistes médicaux annexée à l'arrêté du 29 octobre 1945.

Sanatoriums. — Par arrêté en date du 13 novembre 1947, M. le Dr Higot de Logivière, reçu au concours de 1945, a été affecté en qualité de médecin-adjoint au sanatorium de la Savoie, à Hauteville (Ain), en remplacement de M. le Dr Carpentier, appelé à d'autres fonctions.

Par arrêté en date du 8 novembre 1947, Mme le Dr Rasse-Calvet, médecin-adjoint au sanatorium de La Tuyolle, à Taverny (Seine-et-Oise), est nommée médecin-directeur du sanatorium de la Meynardie (Dordogne), en remplacement de M. le Dr Dussert, démissionnaire.

Hôpital civil de Belfort. — Un concours spécial pour une place de chirurgien adjoint à l'hôpital de Belfort aura lieu à Paris à partir du 5 avril 1948.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction départementale de la Santé, à l'hôpital civil de Belfort.

Hôpitaux du Loiret. — Un concours pour le recrutement de médecins pour les hôpitaux du Loiret aura lieu les 23 et 26 février 1948, à Paris, Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser sans retard à la Direction départementale de la Santé du Loiret, à Orléans, 26, boulevard Alexandre-Martin.

Hôpitaux de l'Oise. — Des concours sur titres pour la nomination de médecins des hôpitaux (3e catégorie) de l'Oise : hôpital de Senlis et hôpital de Chaumont-en-Vexin s'ouvriront à Paris à l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, vers le 1er mars 1948.

Renseignements et inscriptions à la Direction départementale de la Santé, 22, place de la Préfecture, à Beauvais, avant le 15 février 1948.

FRANCE D'OUTRE-MER

Ecole africaine de médecine vétérinaire

Le J. O. du 16 décembre publie un arrêté portant organisation et fonctionnement de l'Ecole africaine de médecine vétérinaire instituée à Bamako, avec annexe à Dakar.

COURTOIS-SUFFIT

1861-1947

La semaine dernière s'est éteint à Villemurlin, dans le Loiret, mon bien cher maître Courtois-Suffit, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, officier de la Légion d'honneur.

Il était le plus ancien des collaborateurs de la « Gazette des Hôpitaux », et pour son directeur il fut un ami incomparable.

Je trouve mal les mots pour exprimer la tristesse que nous cause sa disparition. Le nom seul de Courtois-Suffit réveille tant de souvenirs : nos débuts ensemble, rue Saint-André-des-Arts, lorsque, à la mort de mon père, il y a 47 ans, il vint se joindre à Ricard et à Albert Mathieu pour former la magnifique équipe de notre rédaction. Je revois encore Courtois-Suffit arrivant à nos réunions avec son bon sourire, son regard clair, sa poignée de main si franche. Nous nous mettions au travail. Avec cet homme de haute culture, qui aimait les belles choses, et dont l'esprit était toujours en éveil, nos réunions présentaient chaque fois un intérêt nouveau dont le journal bénéficiait aussitôt.

Instinctivement je revois aussi cette belle et émouvante cérémonie qui eut lieu, il y a aujourd'hui vingt ans, à la Maison Dubois pour la remise à Courtois-Suffit de sa médaille jubilaire.

Le professeur Widal, parlant au nom de ses collègues, adressa « à celui qui s'était montré le modèle des médecins des hôpitaux » l'expression de son estime et de sa vieille amitié.

Puis, avec l'admirable clarté qui lui était habituelle, Widal rappela les travaux de Courtois-Suffit : ses recherches sur les pleurésies purulentes, sur les hémorragies intestinales dans la cirrhose, sur la contagion de la fièvre typhoïde, sur le tétanos partiel, sur la fièvre de Malte.

Mais Courtois-Suffit n'était pas seulement un grand clinicien, il avait compris que le domaine médical allait s'élargir ; la médecine sociale, l'hygiène industrielle, la médecine légale, la prévention des maladies évitables furent l'objet de ses travaux et de ses publications. On n'a pas oublié la campagne qu'il mena dans ce journal dès 1900 contre l'alcoolisme et le cocaïnisme.

Médecin en chef des manufactures de l'État il lutta contre la nécrose phosphorée des allumettiers, et on lui doit aussi un travail considérable sur l'hygiène du service des poudres et salpêtres.

Dans tous ces cas il rendit aux ouvriers et à l'État des services signalés.

Courtois-Suffit fut encore près les tribunaux un médecin expert de haute réputation Dans plusieurs affaires sensationnelles il affirma l'autorité, l'indépendance et la dignité de ses fonctions...

Depuis 1940 Courtois-Suffit s'était retiré en Sologne avec Mme Curtois-Suffit et son fils Maurice. Sa maison de famille avait beaucoup souffert de la guerre. Nos amis ne se plaignaient jamais, ils ne songeaient qu'à ceux de leurs intimes restés à Paris et s'ingéniaient à leur être utiles.

Courtois-Suffit revenait parfois à Paris pour quelques jours ; nous avions eu la joie de le revoir avec tous les siens à sa dernière venue...

Très respectueusement nous nous unissons à la douleur de Mme Courtois-Suffit qui s'est dévouée d'une façon si admirable à son cher malade. A son fils Maurice, qui était la fierté de son père, nous adressons notre sympathie profondément amicale.

F. L. S.

Nécrologie

Le Dr Elliot Carr Cutler, professeur de chirurgie à l'Université d'Harvard, vient de mourir dans sa 59e année.

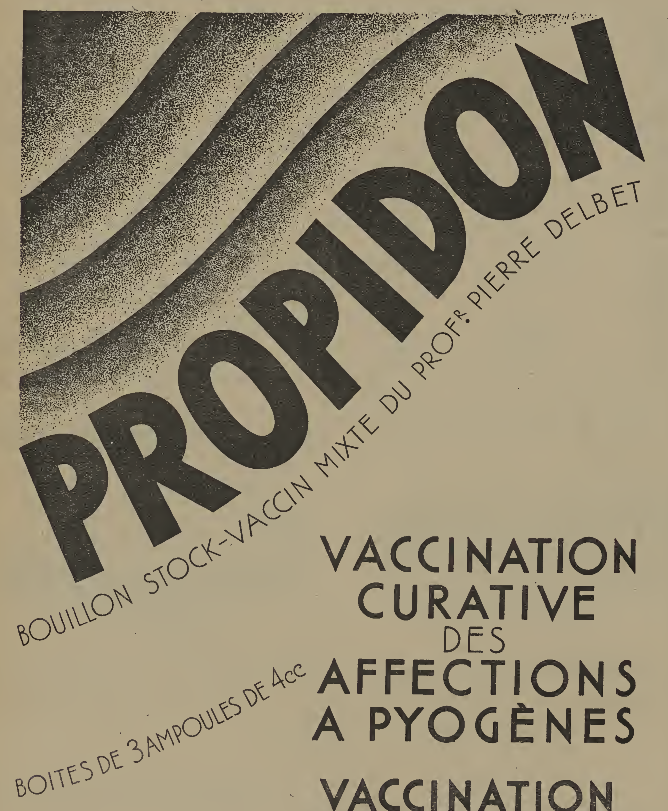
Ce très grand chirurgien, fidèle ami de la France, fut d'abord le successeur de George Crile à Cleveland. En 1932 il avait été appelé, à 44 ans, à succéder à Harvey Cushing, à Harvard. La chirurgie thyroïdienne et la chirurgie des maladies du cœur furent l'objet de ses principales recherches. En mai 1940, il eut la mission d'organiser, avec le titre de brigadier général, le service de santé américain. On sait avec quel succès il s'en acquitta. Sa mort laisse les plus grands regrets à tous les chirurgiens français qui ont eu l'occasion de le rencontrer.

Le Dr A. Perron, 127, boulevard Richard-Lenoir, à Paris.

— Le Dr Pierre Ameuille, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'hôpital Cochin, décédé dans sa 67e année.






PROPIDON
BOUILLON STOCK-VACCIN MIXTE DU PROFR. PIERRE DELBET
VACCINATION CURATIVE DES AFFECTIONS A PYOGÈNES
BOITES DE 3 AMPOULES DE 4cc
VACCINATION PRÉ-OPÉRATOIRE

Idiotie avec amblyopie par cataracte congénitale associée à de nombreuses malformations chez un enfant de trois ans six mois

par M. Schachter (Marseille)

Au cours de l'année 1944, M. Heuyer avec Mme Dauphin ont présenté à la Société de Pédiatrie de Paris, l'observation d'un nourrisson atteint d'idiotie et d'une double cataracte congénitale eu voie de régression, à la suite d'une intervention opératoire.

Nous avons eu, dernièrement, l'occasion de voir un cas très superposable, mais présentant, en plus, une série de malformations relativement rares. C'est la raison pour laquelle nous avons estimé intéressant de relater notre observation.

Observation : Nicole Ma... est âgée de 3 ans 6 mois, lors de notre examen. C'est l'enfant unique de parents en apparente bonne santé. Un B.W. sanguin des parents (pratiqué depuis la naissance de leur enfant) est négatif. La mère, âgée de 32 ans, a été réglée à 13 ans; elle n'a pas eu de fausses couches ni avant ni après Nicole. Aucun cas de maladie nerveuse ou mentale dans les familles respectives des parents, qui *ne sont pas* consanguins.

La gestation a été normale (aucune maladie infectieuse, en particulier). L'accouchement fut *prématuré*, à 8 mois. L'enfant est restée environ une heure au passage (atonie utérine ?) Née fortement cyanosée, on a dû la ranimer longtemps, avant de crier. L'enfant pesait *à peine plus d'un kilo*. Elle fut nourrie au sein (qu'elle ne prit que quelques jours après la naissance) durant 24 jours seulement ; ensuite on passa à l'alimentation artificielle.

Développement : première dent à 11 mois (normal : 6-7 mois) ; ne marche pas et ne dit aucune parole ; l'élocution se réduit à quelques sons inarticulés ou à des gémissements. Incontinence urinaire et alvine. Sommeil bon ; appétit bon ; ne sait pas encore avaler des solides. On la nourrit avec des bouillies.

Antécédents pathologiques : apparemment en bonne santé (?) jusqu'à 13 mois, lorsque sans cause bien précise, elle a présenté de nombreuses crises de convulsions généralisées. Une pareille crise (avec raideur révulsion des globes, perte des urines et des matières) survenue en 1945, aurait duré environ 6 heures de suite. On l'a crue morte.

Aucune maladie infectieuse habituelle.

Malgré le traitement antisyphilitique institué après les premières convulsions, et en dépit des barbituriques, l'état intellectuel de l'enfant n'a pas été modifié et les crises, rares, reviennent avec leur symptomatologie classique.

Selon les parents, l'enfant serait « sage » et commencerait à « faire quelques caprices ».

A l'examen, on constate un enfant dont la grandeur ne dépasse pas celle d'un nourrisson de 6 mois (55 cm.). Les masses musculo-adipeuses sont très réduites. La laxité articulaire est remarquable. *On touche très aisément le front, avec l'extrémité des orteils.* La laxité des doigts, des coudes est également accusée. Le squelette est gracile, éfilé. Crâne : petit (cir. 40,5 cm.) ; on palpe facilement la suture métopique ; *écrasement du squelette nasal* qui est, en plus, dévié vers la droite. *Hypoplasie mandibulaire* nette. *Bec de lièvre* (opéré) gauche. Cavité buccale : *division palatine très accentuée.* Dents mal implantées, leur morphologie est simplifiée (il s'agit de dents rappelant les incisives), sans stigmates spécifiques. Langue normale. Gorge normale. Pavillons auriculaires bien dessinés des deux côtés. L'enfant présente, des deux côtés, à la racine de l'hélix, *des pseudo-fistules congénitales;* la droite est infectée, la pression légère faisant sourdre une goutte de pus verdâtre. Yeux : *exorbitisme bilatéral* net, avec une ptose palpébrale évidente. Sans relever les paupières, on remarque que les globes sont animés d'un nystagmus permanent, complexe, car alternativement horizontal, rotatoire ou *sursumvergent.* L'iris est, des deux côtés, de couleur bleue ; on note un *colobome irien bilatéral, la pupille étant ovale*, la pointe en bas. Du côté droit, elle se trouve entre 4 et 5 h. ; du côté gauche, entre 7 et 8 h., de sorte que ce colobome est « en miroir ». Derrière la pupille, on voit un cristallin de couleur crétacée (cataracte).

Toute recherche des réflexes oculo-pupillaires s'est avérée vaine. Nous ne savons pas s'ils existent. Nous n'avons pas, non plus, l'impression que l'enfant voit quelque chose. Un examen ophtalmologique (répété deux fois) a confirmé le diagnostic de cataracte congénitale bilatérale, de colobome irien, *le fond des yeux ne montrant des modifications spéciales*, et notamment pas de lésions typiques pour l'idiotie amaurotique (tache rouge-cerise).

Viscères : cœur, poumons, rate et foie : pratiquement normaux. Thyroïde non palpable.

Système nerveux : au repos, l'enfant a l'air d'être totalement absent. Un gémissement monotone se fait, parfois, entendre. Ne réagit pas aux appels de sa mère. Se laisse examiner passivement. Ne sait pas suivre des yeux, les manœuvres que nous pratiquons sur lui. D'ailleurs, il présente un *mouvement stéréotypé assez complexe*, imitant, maladroitement, le frottement du nez. Les réflexes des membres sont assez faibles. L'excitation de la plante des pieds donne un mouvement en éventail des orteils sans extension du gros orteil. Organes génitaux externes et glandes mamaires : rien d'anormal à noter.

Le diagnostic d'idiotie totale s'impose au premier regard. Il s'agit effectivement d'un enfant qui a 3 ans 6 mois, ne sait ni parler, ni marcher et qui n'a pas encore acquis le contrôle des deux sphincters. Son indifférence totale et ses mouvements monotones, stéréotypés, achèvent de caractériser ce tableau clinique. Mais, il y a plus : cet enfant ne voit pas, à cause de la cataracte bilatérale, congénitale dont il est porteur. Ainsi que l'a souligné M. Dollfus, il est plus correct d'utiliser le terme d'*amblyopie* et non celui d'amaurose, car ce dernier implique une atteinte du nerf optique. Or, dans l'observation ci-dessus mentionnée de M. Heuyer et Mme Dauphin, ainsi que dans la nôtre, le nerf optique ne semble pas avoir été touché. D'ailleurs, l'enfant des pédiatres parisiens a été opéré. Chez nous, la question d'une intervention opératoire pour la cataracte s'est posée. Nous l'estimons totalement *inutile* (surtout pour le moment) chez cet être complètement idiot.

Mais si l'enfant présenté par Heuyer et Mme Dauphin avait un développement somatique normal, chez notre enfant, il n'en fut pas de même.

Constatons, en effet, et successivement les malformations qu'il présente. Le crâne est microcéphalique (circ. 40,5 cm.) ; le squelette nasal est écrasé ; un bec de lièvre unilatéral simple, s'associe à une très grande division palatine ; de plus, cet enfant présente des fistules para-auriculaires congénitales (dont l'une infectée). Or, cette dernière malformation congénitale et parfois héréditaire, *est rare* (entre 0,19 et 0,26 % : Bezold, Urbantschisch ou Eyle). Les yeux sont exorbités (crâne petit, rétréci, qui comprime les globes en avant, comme dans certaines turricéphalies accusées) et au niveau des globes, un colobome irien bilatéral « en miroir » et des cataractes congénitales. Notons également une hypoplasie mandibulaire et des dents simplifiées, *toutes* présentant la morphologie des incisives.

La grosse hypotonie ligamentaire mérite d'être soulignée. Au repos, l'enfant est totalement hypotonique ; on peut l'enrouler facilement. Si on le soulève par l'aisselle, son corps et ses membres inférieurs sont *flasques, pendants.* Ceci est important, nous permettant d'éliminer le diagnostic de syndrome atonique-atasique de Foerster ou celui d'idiotie amaurotique, car lors de ce geste, l'enfant présente une hypertonie des membres inférieurs rappelant celle des animaux décérébrés de Sherrington.

Le diagnostic de maladie de Tay-Sachs (idiotie amaurotique) est éliminé du fait de l'absence de lésions oculaires typiques, de toute notion d'atteinte hérédo-familiale similaire, ainsi que du fait qu'il s'agit d'un enfant n'appartenant pas à la « race juive ». Notons immédiatement que le facteur racial sur lequel avaient insisté de nombreux auteurs, semble de moins en moins important. On a, effectivement, des cas d'idiotie amaurotique *dans toutes les races*, y compris celle de couleur. Nous avons noté plus haut, que toute possibilité de consanguinité est, dans ce cas, exclue.

Le diagnostic d'idiotie ne fait aucun doute, ainsi que nous venons de le détailler en mettant en évidence les capacités psychiques de l'enfant. Notons, une fois encore, la valeur diagnostique « révélatrice » en quelque sorte, des mouvements stéréotypés et monotones, pauvres. Nous n'avons jamais vu d'exception à cette véritable loi séméiologique.

Quelle est *la* cause ou quelles sont *les* causes (se rappeler tou-

jours la notion de *polyétiologie* des syndromes encéphalopathiques infantiles) du tableau clinique que nous venons de décrire chez l'enfant ?

Excluons en premier le rôle possible de la consanguinité.

Une infection syphilitique, malgré la négativité de la réaction BW dans le sang (elle a été pratiquée une seule fois) des parents, semble ne pas devoir être abandonnée, même si l'enfant ne présente aucun stigmate osseux ou viscéral réputé hérédo-syphilitique. La prématurité (l'enfant est née à 8 mois) serait, de ce point de vue, un élément à retenir. Il est, toutefois, remarquable de constater que la syphilis est plus fréquente que ces tableaux polydystrophiques associés à une arriération aussi grave, que celle présentée par notre patiente. Aussi, doit-on se demander si d'autres facteurs n'ont pu intervenir. Les renseignements anamnestiques ne nous permettent pas d'incriminer une infection exanthématique gestative, rubéole, rougeole, scarlatine) capable — ainsi que l'ont montré, dernièrement, les auteurs australiens et anglo-saxons — d'avoir déterminé la polydystrophie dont est porteuse la fillette ci-dessus décrite. D'ailleurs, ces maladies gestatives sont responsables d'atteintes cristaliniennes, de quelques malformations cardiaques ou squelettiques, mais nous ne connaissons pas encore des observations comportant également une idiotie.

Il est, cependant, un facteur qu'il ne faut pas oublier chez notre fillette. C'est non seulement la prématurité qui peut, partiellement tout au moins, être responsable de son arriération (T. Brander) (quoique dans ces cas il s'agisse plutôt de débilités mentales et non d'idiotie vraie), mais surtout l'important *traumatisme obstétrical*. Sur ce cerveau fragile ou fragilisé, peut-être, par une syphilis parentale, un accouchement long, avec l'asphyxie qui en est résultée, ne pouvait pas ne pas se solder par de gros dégâts. En effet, le développement somatique fut lent et défectueux et vers 13 mois, s'installèrent des crises comitiales dont la répercussion nocive sur le développement cérébro-mental n'est plus à souligner.

Ainsi, nous avons quelques raisons d'estimer que c'est sur un terrain hérédo-syphilitique que se sont développées des malformations multiples et que le traumatisme obstétrical frappant un être prématuré, a causé un dommage cérébral dont la gravité s'est extériorisée par l'apparition de crises convulsives qui persistent et par un arrêt pratiquement total de son développement, ainsi qu'en témoigne l'idiotie totale de la petite Nicole.

On objectera, certainement, qu'il s'agit d'une dangereuse simplification, car l'association — dans de nombreux cas — d'un terrain hérédo-syphilitique et d'un important traumatisme craniocérébral d'origine obstétricale, ne donne pas toujours, ni nécessairement, des tableaux polysymtomatiques ou polydystrophiques, comme le nôtre. Dans notre monographie sur le « profil médico-psychologique des traumatisés obstétricaux (1946), nous avons noté seulement 2 cas de microcéphalie-idiotie (soit 0,56 % sur nos 353 cas d'enfants, étudiés à ce sujet) reconnaissant — entre autres — une étiologie traumatique lors de la naissance.

Nous sommes donc forcés de reconnaître la faiblesse de notre raisonnement étiologique. Il est plus juste de préciser que notre interprétation *est valable pour un nombre très limité* (pour ne pas dire infime) de cas. Des éléments favorisants ou déterminants nous échappent encore. Nous ne savons pas — pour ne citer que quelques faits mis en évidence dans la littérature — si des facteurs *carentiels* ou *toxiques*, ne sont pas intervenus comme nous ne savons, non plus (et pour cause) si la mère avait ou non tenté de se faire avorter (Meyerhofer de Zagreb, avait souligné le rôle de curettages utérins, dans le déterminisme de certains cas de mongolisme).

Enfin, pouvons-nous être absolument certains que soumettant les parents de Nicole à un traitement antisyphilitique (la chose est faite, même en l'absence de tout symptôme neuro-viscéral de syphilis) la mère ne donnera plus naissance à un enfant aussi polydystrophique ? La question s'est posée et l'on devine qu'en l'absence d'une étiologie ferme, la réponse est épineuse.

Epineuse, pour la simple raison que si nous pouvons lutter, assez efficacement, contre l'infection syphilitique, nous ne pouvons pas modifier un terrain dystrophique (peut-être héréditaire, chromosomique) dont nous ne savons rien dans *notre* cas, tout au moins. Que savons-nous, effectivement, sur les antécédents *éloignés*, des géniteurs ? Rien. Il s'agit de gens simples, vivant à la campagne. Le problème d'un arbre généalogique de la famille se pose rarement chez des gens cultivés, à plus forte raison chez ces braves paysans. Nous devons donc, reconnaître que nous sommes totalement ignorants quant à la valeur du futur enfant de ces parents.

BIBLIOGRAPHIE

G. Heuyer et Mme Dauphin : Idiotie avec amaurose par cataracte congénitale. Soc. de Péd. de Paris, séance du 21 nov. 1944, *in Arch. Franç. de Pédiatrie*, t. 2, 164, 1944-45.

M. Schachter : Recherches sur le profil médico-psychol. des traumatisés obstétricaux, *in Etudes de Neuro-psychopathologie infantile*. Edit. Comité-Enfance, Marseille, pp. 15-94, 1946 et *Deux obs. cliniques d'idiotie avec amaurose ; rapports avec l'idiotie amaurotique.*

Tay-Sachs : *J. de Psychiatrie Infantile*, janv. 1947, pp. 180-187.

(Consult. de Neuro-Psychiatrie Infantile du Comité de l'Enfance Déficiente de Marseille. Médecin directeur : M. Schachter.)

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL ISRAÉLITE DU CAIRE

Service du Professeur H. Picard

Un cas de lymphosarcome de l'estomac

par le Dr André Heffez (Assistant)

L'extrême rareté de la localisation lymphosarcomateuse au niveau de l'estomac nous amène aujourd'hui à la publication de cette observation inédite qui est de premier intérêt.

Un jeune homme de 28 ans, natif du pays, entre à l'hôpital dans le courant du mois de mai 1947 pour des troubles gastriques. On est d'emblée frappé par sa teinte jaune paille, fortement anémique. Le début de sa maladie remonte à quelques mois. Vivant en province il néglige son état. L'amaigrissement est progressif, il ne pèse à son entrée que 48 kgr. pour une taille de 1 m. 65. L'anorexie va en s'accentuant, l'asthénie est de plus en plus marquée, la douleur épigastrique, de plus en plus intolérable, amène le malade finalement à consulter.

A l'examen clinique, on découvre un ventre plat, souple, on ne note aucun signe de déshydratation. Le palper profond n'accroche rien dans la profondeur. Le foie est normal, la rate ni percutable, ni palpable. Au cours de son hospitalisation, il aura après certain repas quelques vomissements. On remarquera qu'ils peuvent survenir à toute heure de la journée, certains ramenant le repas ingéré quelques heures auparavant, certains surviennent l'estomac à vide, ramenant un liquide biliaire, amer et peu abondant. Avec ces vomissements une douleur épigastrique irradiant dans le dos au niveau de la douzième dorsale et de la première lombaire. Cette douleur, par son intensité, jette le malade dans un état d'insomnie de plus en plus marquée.

On décide de pratiquer chez lui, une radiographie après repas baryté de l'estomac, et un examen complet du sang.

La radiographie de l'estomac nous montre une image lacunaire développée dans l'antre prépylorique mordant largement sur la grande courbure.

L'examen du sang montre une formule des globules rouges fortement abaissée, de l'ordre de 3.000.000, une hémoglobine à 45 %, anémie gastrique caractéristique. La formule blanche ne présente rien d'anormal. La sédimentation est très rapide.

On complète cet examen par un Wasserman qui se révèle négatif.

On décide une laparotomie exploratrice pour voir de près l'étendue des lésions et pratiquer l'opération qu'on jugera nécessaire.

Celle-ci fut faite sous anesthésie locale. A l'ouverture du ventre, on trouve un petit estomac ramassé en corne, dur, d'une dureté ligneuse, infiltré en masse à la manière d'une linite plastique ; cet estomac est impossible à extérioser du ventre vu les adhérences extrêmes qui l'enserrent, d'une part au carrefour duodéno-pylorique, d'autre part au transverse par l'intermédiaire du grand tablier épiploïque.

Dans tout l'abdomen, on découvre de nombreux ganglions infiltrés et considérablement augmentés de volume. On remarquera l'absence d'ascite et l'intégrité apparente du foie.

On décide de pratiquer chez ce malade une anastomose de suppléance, gastro-entérostomie transmésocolique postérieure classique, de retirer un ganglion en vue d'un examen anatomo-pathologique. L'évolution pour un temps, se présente sous la forme fictive, qui est soutenue par un traitement médical adjuvant (liqueur de Fowler, transfusion préopératoire, extrait de foie, radiothérapie de la région gastrique). Le malade quitte l'hôpital satisfait de son état. Après quelques semaines, il se fait réhospitaliser en médecine pour une reprise des douleurs et un amaigrissement progressif. On renonce à cette date à la radiothérapie inopérante et on recourt au nouveau modificateur biologique du cancer, le facteur AF2 de l'Institut Guarnieri de Rome.

Nous sommes au mois d'août, donc à plus de trois mois de la date de l'intervention. Ne pouvant donc recourir à l'usage du facteur AF2, nous remplissons tout à fait les conditions requises par cet institut. Cette thérapeutique échoue et la maladie évolue immuablement. Le malade finit par mourir au cours de la dernière semaine du mois de septembre.

L'examen anatomo-pathologique (Dr R. Seldstein) du ganglion prélevé lors de l'intervention pratiquée, a montré qu'il s'agissait d'un ganglion macroscopiquement blanc rosé, du volume d'une noisette, de consistance encéphaloïde, à la coupe, la surface est lisse, la pression laisse sourdre un suc fluide. Microscopiquement, on trouve essentiellement des lymphocytes et des lymphoblastes, lymphosarcome à cellules rondes, la capsule par endroit est détruite. On remarquera enfin la rareté des vaisseaux nourriciers.

Conclusions. — Il s'agit là d'un lymphosarcome de l'estomac, variété fort rare, qui mérite d'être publiée.

ACTUALITÉS

Rubéole et malformations congénitales

On est parfois fort embarrassé pour découvrir la cause d'une malformation congénitale, et plus encore de malformations associées selon certains types. Un traumatisme ou des infections graves peuvent être en cause mais leur résultat fréquent est l'interruption de la grossesse plutôt que la malformation. On se rejette volontiers sur la syphilis, boue émissaire entre tous, mais il s'en faut qu'elle existe toujours vraiment ; ses méfaits dans ce cas sont plus souvent différents. Les lésions des organes génitaux de la mère, celles des annexes du fœtus donnent d'autre part des malformations dont le type est assez constant à l'exclusion d'autres formes.

Aussi en est-on réduit à soupçonner plutôt qu'à prouver et à mettre en cause la qualité des gamètes, une mutation ou toute autre anomalie du domaine génétique. Ce sont là des inductions embryologiques mais non des preuves convaincantes.

Une nouvelle tendance se dessine depuis qu'en 1940 divers médecins australiens ont fait connaître des coïncidences troublantes. La cause des malformations semble résulter d'une maladie éruptive, bénigne au moins cliniquement, ayant atteint la mère au début de sa grossesse. Un tel antécédent, à cause même de sa bénignité a peut-être souvent été négligé. Si en d'autres pays on a pu dire parfois que la rubéole était à peine une maladie et n'avait pas de complication, ce qui est un peu absolu, les races anglo-saxonnes semblent pour la rubéole comme pour d'autres fièvres éruptives, des victimes plus sérieusement éprouvées. Or c'est elle qui est presque toujours en cause dans les documents australiens et dans la grande majorité des cas, il n'y a pas eu d'erreur de diagnostic. D'ailleurs des confirmations viennent peu à peu d'autres pays.

C'est ainsi qu'en 1940, Gregg mentionne (1) lors d'une importante épidémie australienne de rubéole, la fréquence particulière de la maladie chez des primigestes. 68 cas certains et 10 vraisemblables. Tous les enfants nés de ces grossesses présentèrent une cataracte, unilatérale chez 16, bilatérale chez les autres, avec atteinte centrale du cristallin et anomalie de la motilité pupillaire. 44 enfants étaient porteurs de malformations cardiaques.

En 1943, Swan et ses collaborateurs (2) étudiant 61 nourrissons dont 36 avaient une malformation cardiaque, trouvaient chez 41 mères une rubéole durant la grossesse. Il y avait de plus chez ces sujets 13 cataractes, 1 bupthalmie, 7 sourds-muets ; chez d'autres un retard mental notable et une persistance anormale du thymus. Dans une autre série, 70 enfants de rubéoliques montraient 20 malformations oculaires avec ou sans malformation cardiaque, 26 malformations cardiaques, 15 surdi-mutités ; or sur 49 mères, 35 avaient présenté des rubéoles certaines. Dans une autre série encore des mêmes auteurs (2), en 1946, on trouve des cataractes congénitales et des surdi-mutités. Carruthers en 1945 observait en Nouvelle-Galles du Sud 147 malformations après 102 grossesses de rubéoliques (74 sourds-muets, 3 microcéphalies, 17 arrêts de croissance).

Dans la littérature des U. S. A. on trouve des faits analogues : Rees : 3 cataractes congénitales avec lésions cardiaques ; Bones (1946), 4 cataractes à la suite d'une rougeole et de 3 rubéoles ; Erickson (1944), 11 anomalies cardiaques après rubéole maternelle ; Albaugh (1945), 9 anomalies cardiaques, 8 cataractes, 7 strabismes, 3 microphtalmies, 7 paresses pupillaires, 3 microcéphalies, 9 retards de développement après des exanthèmes lors des premières semaines de la grossesse.

Pour Stimson il ne naîtrait pas d'enfant normal lorsqu'une rubéole a éclaté pendant le début de la grossesse.

En France, bien que la rubéole soit communément regardée comme bénigne, des faits analogues ont été relevés : Debré, Maude, Nouaille et Saint-Béat (1947), ont vu une cataracte unilatérale associée à une maladie de Roger chez une jeune fille dont la mère avait eu une « rougeole » pendant les premières semaines ; Levesque une cataracte double avec malformation cardiaque après une grossesse marquée à son premier mois par une rubéole ; Heuyer, Labordie et Amato (1947), 2 enfants très arriérés avec cataracte congénitale et dans un cas surdité bilatérale ; rubéole de la mère au début de sa grossesse ; Mlle Delion (1947) une malformation cardiaque avec microphtalmie, cataracte unilatérale et lésion du fond d'œil opposé chez un enfant dont la mère a eu la rubéole à la 6e semaine ; Baize (1947) (3), enfin, tout récemment un garçon de 15 ans atteint de cataracte, maladie de Roger, surdité bilatérale, troubles de la parole, retard physique et intellectuel dont la mère avait eu la rubéole à la 6e semaine.

Enfin dans ce même numéro de la *Gazette*, on lira un intéressant travail de Schachter, qui mérite d'être retenu malgré le manque de précisions étiologiques.

Une enquête menée en Angleterre en 1947 par Sunderson sur 50 sourds-muets de 7 ans montre 30 fois une rubéole de la mère pendant la grossesse (épidémie de 1940).

Il y a trop pour une simple coïncidence. Sans doute la rubéole n'est-elle pas seule susceptible de tels méfaits ; on connaît des malformations après coqueluche (Levesque) ou rougeole (Blechmann) authentiques. Néanmoins la rubéole paraît dans certaines circonstances se dépouiller de sa bénignité traditionnelle.

Un point important, tant au point de vue de la clinique qu'à celui de la pathologie générale, est que la malfaisance du germe rubéolique s'exerce à peu près uniquement au début de la grossesse. Swan et ses collaborateurs (4) chez 46 sourds-muets trouvent la rubéole maternelle 4 fois au 1er mois, 25 fois au 2e, 13 fois au 3e ; chez 16 cataractes 9 fois au 1er mois, 6 fois au 2e ; 1 fois au 3e.

C'est au moment de la maladie où la circulation des germes est la plus étendue, exanthème surtout et peut-être incubation, que l'embryon est touché. L'action paraît porter sur l'ectoderme et le mésoderme : exanthème chez la mère, organes des sens, centres nerveux et cœur chez l'enfant. Ces feuillets sont touchés enfin au moment de leur plus grande activité de division cellulaire : cette affinité correspond à l'affinité de tous les virus pour les tissus en rapide accroissement (culture de virus sur embryon de poulet). A une période plus tardive, l'affinité est moindre ; la rubéole sur-

(1) GREGG. *Trans. opht. Soc. Austr.* 1941-1942.

(2) SWAN, TOSTEVIN, MOORE, MAYOS et BLACK. *Med. J. Austr.*, 1943.

(3) Soc. Pédiatrie, novembre 1947.

(4) SWAN, TOSTEVIN, DARHAM BLACK. *The Med. J. of Austr.*, 1946.

venant dans la deuxième moitié de la grossesse semble moins redoutable.

Les autres causes étiologiques et génétiques de malformations ne sont pas de ce fait détrônées ; il semble cependant que ces constatations mettent en évidence une cause palpable d'anomalies congénitales, jusqu'ici ignorée faute de méfiance vis-à-vis d'une affection cliniquement bénigne.

R. Levent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 1er décembre 1947

Les vitamines nécessaires à l'utilisation des acides aminés. — M. Leclainche présente une note dans laquelle MM. Raoul Lecoq, Paul Chauchard et Mme Henriette Mazoué montrent, en s'appuyant sur des expériences conduites sur le rat blanc, que l'utilisation des acides aminés introduits dans l'organisme par la voie sous-cutanée ou par la voie buccale, nécessite l'intervention de vitamines spécifiques. Celles-ci sont l'amide nicotinique, l'adénine, l'adermine, la choline et plus spécialement l'acide folique, ce dernier commandant le métabolisme de 8 amino-acides sur 14 étudiés. Toutefois, cet acide folique peut être remplacé par la xanthoptérine et l'acide paraaminobenzoïque, deux constituants de sa molécule.

La survie des gros organes. — Dans une note présentée par M. R. Courrier, M. J. André Thomas expose le principe d'un nouvel appareil servant à l'étude de la survie aseptique et prolongée de très gros organes ou même d'organismes entiers pesant plusieurs kilogrammes, comme les embryons des grands mammifères. Perfectionnant de façon très considérable les appareils qu'il avait inventé il y a près de dix ans, M. J. André Thomas est parvenu à mettre au point une sorte d'organisme artificiel pourvu d'un cœur et d'un poumon, d'utilisation et de réglage simples, pouvant même servir à des applications pratiques. Il est possible désormais, d'employer comme milieu aseptique, pour la survie prolongée, du sang ou du sérum convenablement oxygénés. L'organisme artificiel bat comme un cœur, respire à la manière d'un poumon ; le sang artériel est rutilant, le sang veineux foncé; le pouls, que l'on prend à l'artère, est tout à fait comparable à celui d'un organisme vivant.

Méthode pour la mise en évidence des modifications morphologiques et tinctoriales des microorganismes soumis à l'influence des antibiotiques. — MM. C. Levaditi et J. Henry étudient, par une nouvelle méthode, les modifications morphologiques (allongement des bactéries, leur polymorphisme, l'irrégularité de leur aspect, leur transformation en stromas) et tinctoriales (anargyrophilie), que divers microorganismes subissent en présence d'antibiotiques (pénicilline, streptomycine). Cette méthode consiste à appliquer sur de la gélose solidifiée et ensemencée, des rondelles de papier-filtre imbibées d'antibiotiques et de faire des décalques de la zone lysée au fur et à mesure de son développement, à des temps divers entre 1 heure et 24 heures. Après coloration au Fontana-Tribondeau, l'examen de ces décalques permet de suivre pas à pas l'évolution des phénomènes en fonction du temps. Ceux-ci consistent en une lyse progressive des germes, une anargyrophylie régulièrement croissante et, à la limite de la zone lysée, en un arrêt de la segmentation des bactéries, arrêt dû à l'effet inhibiteur exercé par l'antibiotique sur l'équipement enzymatique qui préside à cette segmentation.

Observation directe des réactions vasculaires cutanées chez les lapins soumis à l'épreuve d'une endotoxine typhique. — MM. Paul Boquet, Albert Delaunay, Yvonne Lehoult et Jacqueline Lebrun. — Dans l'oreille du lapin intoxiqué par de fortes doses d'endotoxine typhique, on observe des vagues de contraction et de dilatation des métartérielles et des fines artérielles précapillaires. Ces vagues rythmiques, qui n'existent pas chez l'animal normal, coïncident avec l'apparition de la leucopénie et l'inhibition de la diapédèse. Elles se produisent aussi bien dans l'oreille intacte que dans l'oreille privée de son innervation sympathique. Elles rappellent les réactions vasculaires qui ont été décrites par les auteurs américains au cours du choc traumatique et du choc anaphylactique.

Séance du 10 décembre 1947

Action préventive de l'antihistaminique de synthèse N-diméthylamino-2-propyl-1-thiodiphénylamine, sur l'œdème aigu expérimental du poumon, provoqué par l'administration d'un gaz toxique : la chloropicrine. — M. Léon Binet présente une note de MM. Bernard Halpern et Samuel Cruchaud qui rapportent que l'injection intraveineuse de chloropicrine à la dose de 15 mg/kg., provoque chez le lapin, la mort par œdème aigu du poumon, deux ou trois heures après l'injection, dans 100 % des cas. Or l'injection préalable de l'antihistaminique de synthèse N-diméthylamino-2-propyl-1-thiodiphénylamine, par voie intramusculaire, protège l'animal dans la totalité des cas (15 animaux), contre l'œdème aigu du poumon mortel. C'est la première fois qu'est signalée l'action protectrice d'un antihistaminique de synthèse contre l'agression mortelle produite par un gaz de combat. L'étude de l'action de ce dérivé de la thiodiphénylamine sur l'œdème aigu du poumon, provoqué par d'autres gaz de combat, est actuellement en cours.

L'activité de la clitocybine. — M. Javillier présente une note de MM. Rivière, Thély et Gautron qui ont fait des recherches expérimentales sur l'activité bactériostatique de la clitocybine.

Il résulte de ces recherches que la toxicité de la clitocybine serait directement en rapport avec son activité bactériostatique.

Séance annuelle du 15 décembre 1947

Discours de M. Louis Blaringhem, président de l'Académie

M. le Président honore d'abord la mémoire des morts : Paul Langevin, de la Section de Physique générale, décédé le 19 décembre 1946, et en 1947, Léon Bertrand, de la Section de Minéralogie ; Robert Lespieau, de la Section de Chimie ; Pierre Dangeard, de la Section de Botanique.

Parmi les correspondants, sir Almroth, Edward Wright, Emile Auguste de Wildeman, Pierre de Vanssay, Henri Vallée, Edouard Chatton et il retrace la carrière scientifique des disparus.

Proclamation des prix. — Voir *Gaz. des Hôp.* n° 50, 13 décembre 1947, p. 726 et n° 51, 20 décembre 1947, p. 742.

Notice sur la vie et l'œuvre de Paul Langevin, par M. Louis de Broglie, secrétaire perpétuel.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Séance du 9 décembre 1947

Nomination d'un membre émérite. — Sur sa demande, M. Sebileau est nommé membre émérite. En conséquence, une place est déclaré vacante dans la section de chirurgie.

Rapport au nom de la Commission d'Hygiène de l'Enfance. — M. Ribadeau-Dumas.

Rapport au nom de la Commission de la Vaccine. — M. Bénard.

Rapport au nom de la Commission du Lait sur la situation laitière. — M. Keiling. — La situation présente, d'une gravité croissante, est due à l'action combinée de facteurs naturels (gelées et sécheresses anormales) et de facteurs économiques. Parmi ces derniers sont surtout importants : la politique de ces dernières années qui a réduit les sorties de ferme (les produits laitiers étant consommés à la ferme par les agriculteurs et par le bétail) ; la régression d'étendue des régions laitières qui accentue le déséquilibre saisonnier ; le contrôle très inégal des laitages de consommation et des laitages de transformation ; la diminution des profits dans le commerce du lait et de la viande ; l'inflation monétaire ; la difficulté qu'a le paysan à se procurer les produits de l'industrie qui lui sont journellement nécessaires ; la

dérivation imprimée aux produits laitiers par les tracasseries du contrôle ; enfin l'augmentation pour des raisons démographiques du nombre des consommateurs. Pour remédier à la situation présente il est des remèdes à court terme : réduction de la production fromagère au bénéfice de la consommation du lait en nature ; l'affectation aux animaux des produits importés ; la propagande près des producteurs pour la livraison du lait aux villes ; enfin une politique judicieuse des prix et du financement. Les remèdes à long terme sont la connaissance exacte des incidences réciproques de l'agriculture et de l'industrie laitière, l'éducation des producteurs et des consommateurs.

L'Académie à l'unanimité approuve les conclusions du rapport.

Rapport au nom de la Commission de Thérapeutique. — M. LŒPER. — Par un vœu unanime l'Académie ratifie les conclusions de sa commission contre toute limitation administrative injustifiée des listes déjà promulguées de spécialités pharmaceutiques susceptibles d'être acceptées par les organisations sociales.

La santé des enfants de la population rurale pendant les périodes de restriction d'alcool. — M. ARMAND-DELILLE.

La mortalité masculine chez les phtisiques adultes. — M. A. LUMIÈRE. — Le taux élevé de la mortalité masculine provient seulement du jeu de l'organe lui-même et de l'insuffisance du repos auquel peuvent être astreints les malades : vie extérieure, travaux de force, fréquentation des cabarets.

La vitamine C du plasma sanguin chez les écoliers parisiens en 1947. — MM. GOUNELLE, BONFILS et Mlle MARNAY (Présentation faite par M. Ch. RICHET). — Le déficit en vitamine C est important ; il doit être attribué au rationnement alimentaire et à la diminution de l'aisance familiale ; l'âge a moins d'influence. L'invitamination directe par l'acide ascorbique n'est qu'un remède imparfait de même que les cantines scolaires dans leur fonctionnement actuel.

Aérosol-retard. — MM. TIFFENEAU et SINGIER. — Chez 50 % des malades traités l'adjonction retardante de subtosan au médicament inhalé s'est traduite par l'accroissement et la prolongation des effets locaux broncho-alvéolaires et la diminution des effets généraux inutiles ou indésirables. Cette action du subtosan n'est cependant pas constante.

SÉANCE ANNUELLE TENUE LE 16 DÉCEMBRE 1947

Présidence de M. JOLLY, président.

Allocution de M. le Président. — L'œuvre des médecins de la France d'Outre-Mer.

Rapport général sur les prix décernés en 1947, par M. Henri BÉNARD, secrétaire annuel.

De la chirurgie physiologique par M. René LERICHE.

Prix décernés en 1947. — PRIX DE L'ACADÉMIE, partagé entre le Dr Morel, de Paris et le Dr Boissier, de Melun. — PRIX HÉLÈNE ACHARD, Mlle Bochet, assistante à l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris. — PRIX ALBERT-Ier DE MONACO, Dr Dévé, de Rouen, pour ses éminents travaux sur le *kyste hydatique et l'échinococcose*. — Prix ALVARENGA, partagé entre les Drs E. Biancani, G. Delaville et M. Delaville, de Paris. — PRIX APOSTOLI, Dr Coisnard, du Havre. — PRIX ARGUT, Dr Soulier, de Neuilly-sur-Seine. PRIX AUDIFFRED, partagé entre le Dr Braillon, du sanatorium de Villemin, de Paris, et le Dr Paley, de Paris. — PRIX BARBIER, partagé entre les Drs X. Leclainche et J. Boyer, de Paris. — PRIX BOGGIO, Dr Dejean, de Montpellier. — PRIX BOUCHET-RENAULT, Mlle Lasserre, surveillante à l'Hôtel-Dieu et Mme Duval, infirmière à l'hôpital des Enfants-Malades. — PRIX BOURCERET, Docteur Moureau, de Liége. — PRIX BUIGNET, Dr A. Charnot, de Rabat. — PRIX BURCKLY, Dr Pierson, de Casablanca. — PRIX CADIOT, Dr Richou, de Garches. — PRIX CAILLERET, Dr Manceau, de Lyon. — PRIX CHEVILLON, Dr G. Rudali, de Paris. — PRIX CLARENS, colonel Bruère, de Paris. — PRIX COMBE, Dr G. Gricouroff. — PRIX DEMARLE, M. Valette, de la Faculté de Pharmacie de Paris. — PRIX DESPORTES, partagé entre les professeurs Caujolle, de Toulouse et Franck, de Nancy. — PRIX DU Dr DRAGOVITCH, le Dr I. Pavel, de Bucarest. — PRIX Mme DRAGOVITCH, partagé entre les Drs Leconte et Damey, d'Ainay-le-Château et le professeur Cornil, de Marseille. — FONDATION DREYFOUS, à l'interne en médecine qui a obtenu la médaille d'argent au concours de l'internat, M. Maurice Guéniot, de Paris. — PRIX FAYET, Dr Krawiecki, de Paris. — PRIX FOURNIER, Dr Carraud, du sanatorium Clémentel, à Enval, par Riom. — PRIX ERNEST-GODARD, médecin lieutenant colonel Lacaux, de Paris. — PRIX GUERETIN, partagé entre le Dr Nicaud, de Paris, et le Dr Mazière, de Nice. — PRIX GUILLAUMET, Dr d'Œlsnitz, de Nice. — PRIX GUZMAN, Dr Jean de Brux, de Toulouse. — PRIX CATHERINE-HADOT (tuberculose), partagé entre le Dr Maclouf, de Paris, le Dr Rose, de Paris, M. Adrian Hill, old Laundry, d'Aussex (England) ; une mention honorable au Dr Bertrand, de Montpellier. — PRIX CATHERINE-HADOT (Hygiène), partagé entre le Dr Paulette Don Simmet-Gazel, d'Ambilly-Annemasse (Haute-Savoie) ; le médecin général Bouvier, de Paris ; le Dr Edwin Sidi, de Paris. — PRIX HELME, Dr Zaleski, de Paris, et Mlle le Dr Melik-Ogandjanoff, de Paris. — PRIX HERPIN (de Genève), Dr Delay, de Paris ; mention honorable au Dr Rouquier. — PRIX HUCHARD, Dr Wellers, de Paris et Dr Waitz, de Strasbourg. — PRIX JACQUEMIER, Dr André L. Granjon, de Paris. — FONDATION JANSEN. L'Académie décerne dix parts à : Mlle Corteggiani, de Paris ; Dr Hervé Floch, pasteur de la Guyane ; Dr Guiot, de Paris ; Mme Lebrun-Pages, de l'Institut Pasteur à Garches ; M. Lindenberg, de Paris ; M. Prévot, de Paris ; Dr Rambert, de Paris ; M. Raoul, de Paris ; Dr Tulasne, de Strasbourg ; Dr Vieuchange, de Paris. — PRIX LÉON-LABBÉ, Dr Jacques Oudot, de Paris. — PRIX LABORIE, Dr F. de Gaudart d'Allaincs, de Paris. — PRIX LARREY, Mme A. Daniel, de Clermont-Ferrand. — FONDATION LAVAL, M. Claude Sureau, de Paris, qui a été jugé l'élève en médecine le plus méritant. — PRIX LEFÈVRE, Dr René Digo, de Charenton. — PRIX LE PIEZ, Dr Becart, de Paris. — PRIX LEVEAU, Dr Cl. Laroche, de Paris. — PRIX LORQUET, Mlle le Dr Edith Wolff, de Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — PRIX LOUIS, Dr Albeaux-Fernet, de Paris. — PRIX MARMOTTAN, Mlle le Dr J. Baud, de Paris. — PRIX DE MARTIGNONI, le prix est partagé entre : M. René Verrier, de Marseille ; Dr Paramananda Mariadassou, de Pondichéry (Indes françaises) ; Dr Chaumartin, de Vienne (Isère) ; Dr Loo, de la Charité-sur-Loire (Nièvre). — PRIX A.-J. MARTIN, Drs Brion et Bertrand, de Lyon. — PRIX MEYNOT, Dr Gabriel Renard, de Paris ; mention honorable au Dr Berche, de Paris. — PRIX MONBINNE, Mme Jean-Truelle, de Paris. — FONDATION OULMONT (chirurgie). Le prix est décerné à l'interne en médecine qui aura obtenu le premier prix (Médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (chirurgie), M. Maurice Mercadier, de Paris. — PRIX PANNETIER, Dr Terracol, de Montpellier. — PRIX BERTHE-PÉAN, Dr Chadourne, de Chevilly, par L'Hay-les-Roses. — PRIX PORTAL, Docteur Sohier, de Lyon. — PRIX POURAT, Mlle le Dr Horn et Docteur A. Kaswin, de Paris. — PRIX REBOULEAU, Dr Gérard Guiot, de Paris. — PRIX REDARD, Dr Jacques Lesur, de Paris. — PRIX REYNAL, partagé entre le Dr Huriez, Mlles Leroy, Jouniaux, MM. Robaeys et Caron, de Tourcoing (Nord). — PRIX RICAUX (tuberculose), Dr Canetti, de Châteaubriand (Loire-Inférieure). — PRIX RICAUX (diabète), Dr Monceaux, de Paris. — PRIX RICORD, Dr Gouin, d'Evreux (Eure). — PRIX ROBIN, Dr Albérie Boudry, de La Bourboule (Puy-de-Dôme). — PRIX ROUSSILHE (dermatologie), professeur Margarot, de Montpellier. — PRIX ROUSSILHE (vénéréologie), Dr Watrin, de Nancy (Meurthe-et-Moselle). — PRIX ROUSSILHE (dermato-vénéréologie coloniale), M. le médecin commandant des T.C. Laviron, de Bamako (Soudan français). Prix MARC-SÉE, Dr Lazorthes, de Toulouse (Haute-Garonne). — PRIX TARNIER, Docteur Claude Béclère, de Paris. — PRIX VERNOIS, partagé entre le Dr Perrier, de Draguignan (Var) ; M. Christian Lassablière, de Paris ; le Dr Dainville de la Tournelle, de Caen (Calvados).

SERVICE DE L'HYGIÈNE ET DES MALADIES CONTAGIEUSES (1947). — *Médailles de vermeil*, MM. les Drs Boyer, Cavaillon, Leclainche, Wibaux, de Paris. — *Médailles d'argent*, MM. les Drs Lucien Bernard et Tournet, de Paris. — *Médailles de bronze*, MM. les Docteurs, Fischer (de Bordeaux) ; Quemener (de Brest).

SERVICE DE LA TUBERCULOSE (1947). — *Médailles de vermeil.* MM. les Drs Jouis (d'Andouille) ; de Leobardy et Margland (de Limoges) ; sœur Célestine (d'Angers).

Médailles d'argent : M. le Professeur Olmer (de Marseille) ; MM. les Drs Bies d'Alger) ; Brault (de Rennes) ; Coupu (de Lamballe) ; Dainville de la Tournelle (de Caen) ; Fonroget (de Perpignan) ; Lansac-Fatte (de la Charente-Maritime) ; Lavaux (de l'Oise); Marchand (des Sables-d'Olonne); Monnier (de Saint-Julien-de-Concelles) ; Ringart (de Brévannes) ; Salmon (de Chateaurenard ; Zilhardt (du Haut-Rhin). — MM. Baucher (de Vannes) ; Didelin et Finkel (de Bar-le-Duc) ; le général Goudot (de Nice) ; Laporte (de Neuvic) ; Mehr (de Colmar) ; Navech (de Montau-

ban) ; Tesnière (du Calvados). — Mmes Borot (de Navilly) ; Dugue (de Choisy-le-Roi) ; Joubert (de Couhé-Vérac) ; Menet (de Marchiennes) ; Piette (de Reims) ; Viavant (de Segré) ; Mlle Prêtre (de Pontarlier).

Médailles de bronze : MM. les Drs Colliac (de Varilhes) ; Denans (de Barjols) ; Duprez (d'Isbergues) ; Jalkh (de Champigny-sur-Marne) ; Jaujou (de Corse) ; Joanne (de Chevanceau) ; Picot (de Caumont-l'Evente). — MM. Bildstein (de Massevaux) ; Essigmann (du Haut-Rhin) ; Goetz (de Strasbourg) ; Joffre (de Châteauroux) ; Le Breton (de Versailles) ; Pourquier (de l'Hérault) ; abbé Riu (de Perpignan) ; Wetter (de Thann). — Mmes Amblard (de l'Arbresle) ; Dauvergne (de Bouzy) ; Dibot (de Sallertaine) ; Duchêne (de l'Ille-et-Vilaine) ; Estival (de Longjumeau) ; Jean (de Biesles) ; Malin-Merchez (de Nesle) ; Vidal (de Delle). — Mlles Amblard (de l'Arbresle) ; Filliol (du Rhône) ; Havard (de Mont-Saint-Aignan) ; Renaud (du Rhône) ; Rinderknech (de Vannes) ; Vazlée (du Rhône).

Service de l'hygiène de l'enfance (1947). — *Médaille d'or :* M. le Dr Marquézy (de Paris).

Rappel de médaille de vermeil : M. le Dr Grenaud (de Vichy).

Médailles de vermeil : MM. les Drs Lacomme (de Paris) ; Lust (de Bruxelles) ; Monsaingeon (de Paris) ; Deprun (de Paris) ; Encausse (de Paris) ; Grislain (de Nantes) ; Janet (de Paris) ; Pernot et Rauzy (de Paris) ; M. Reverdy (de Paris) ; Mlles de la Gravière (de Levallois) ; Lavocat (de Paris).

Rappels de médaille d'argent : Mme Harant (de Paris) ; Mlles Scheffer ; Boussand (de Paris) ; Lesellier (de Paris).

Médailles d'argent : M. le professeur Willemin-Clog (de Clermont-Ferrand) ; MM. les Drs Bélugou (de Paris) ; Bethoux (de Grenoble) ; Boursier (de Bordeaux) ; Deumie (de Samatan) ; Jodin (de Paris) ; Le Bourdelles (de Lille) ; Lucotte (de Paris) ; Milhaud, Pecquignot, Raveaux, Saint-Girons (de Paris) ; Causseret (de Paris) ; Chabrun (de Paris) ; Champagne (de Bellême) ; Cler (de Paris) ; Debray (de Paris) ; Fischer (de Bordeaux) ; Fournier (de Paris) ; Héraux (de Paris) ; Lœwe (de Lyon) ; Rault (d'Egypte) ; Rivalier (de Paris) ; Rodet-Grigouroff (de Paris) ; Siguier (de Paris) ; Woringer (de Strasbourg) ; Monnin (de Paris).

Sœur Etienne (de Paris) ; sœur Jean-Gabriel (de Paris).

Me Hélène Campinchi (de Paris) ; Mmes Bénard (de Boulogne) ; Bernard Champetier de Ribes (de Paris) ; Cerf (de Paris) ; Chamesoy (de Lyon) ; Hardy (de Paris) ; Maitre (de Paris) ; Raynal (de Paris) ; Enos (de Paris) ; Mlle le Dr Phelizot (de Belfort) ; Mlles Barnaud (de Paris) ; Derognat (de Lyon) ; Merland (de Lyon) ; Pagloio (de Lyon) ; Roth (de Paris) ; Ruffin (de Lyon) ; Saillard (de Paris) ; Villain (de Paris).

Médailles de bronze : MM. les Drs Broquères (de Bordeaux) ; Dubœuf (de Saint-Etienne) ; Mouton (de Meudon) ; Pépin (de Castelnaudary) ; Valingot (d'Achères) ; Bourgeois, de la Tronche (Isère) ; Durand (de Briançon) ; Faliu (de Paris) ; Izard (de Paris) ; Le Dourneuf (de Saint-Brieuc) ; Ballaud (de Paris) ; Danhier (de Paris) ; Lesur (de Paris) ; Richard (de Paris) ; de Sambray (de Paris).

Sœur Marguerite (de Paris) ; sœur Paul (de Tours).

Mmes les Drs Bareiller (de Paris) ; Cros (de Paris) ; Lavedan (de Paris) ; Nicolle (de Paris).

Mmes Arviset (de la Courneuve) ; Fauberte (de Bordeaux) ; Aubry (de Paris) ; Baudvin (de Paris) ; Bouchat (de Montreuil) ; Harte (de Vitry) ; Jeanneau (d'Issy-les-Moulineaux) ; Larêne (de Montreuil) ; Margoulis (de la Sarthe) ; Paphoff (de Montreuil-sous-Bois) ; Taugry (de Montreuil).

Mlles Baugé (de Paris) ; Brunot (de Paris) ; Chaumier (de Paris) ; Chinaguet (de Bordeaux) ; Chamussy (du Rhône) ; Chappaz (de Paris) ; Lucas (de Paris) ; Mercerou Vicat (de Grenoble) ; Minvielle (de Paris) ; Normand (de Paris) ; de Selves (de la Haute-Garonne) ; Vincenot (de Niort) ; Ferrat (de Grenoble) ; Noirclere (de Grenoble) ; Perronet (de Grenoble) ; Schwartz (de La Tronche) ; Sire (de Grenoble).

Service des eaux minérales (1947). — *Rappel de médaille d'or :* M. le professeur E. Duhot (de Lille).

Médailles d'or : MM. les Drs Cruveilhier (de Paris) ; Galup (du Mont-Dore) ; Jumon (de La Bourboule) ; Max Vauthey (de Vichy) ; Mme Magnier de la Source (de Paris).

Médailles de vermeil : MM. les Drs Jean Cottet (d'Evian) ; Kermorgant (de Brides-les-Bains) ; Louvel (de Bagnoles-de-l'Orne) ; de Traverse (de Paris).

Médailles d'argent : MM. les Drs Geslin (de Paris) ; Valdiguié (d'Ax-les-Thermes) ; Mmes Chauvineau (de Paris) ; Depraitère (de Paris).

Médailles de bronze : M. Gerbet (d'Aix-les-Bains) ; Mme Dollé (de Paris).

Service de la vaccine (1947) :

1° Vaccination antivariolique

Médailles de vermeil, MM. les Drs Boyer (Jean), de Paris ; Bossut, de Lille ; Marron (Emile), de Paris.

Rappel de médaille d'argent : Mlle le Dr Tissier (Marguerite), de Paris.

Médailles d'argent : MM. les Drs Baldy (Robert), de Paris ; Bernard, de Paris ; Huguet, de Paris ; Joffroy, de Paris ; Melik Ogandjanoff (Tamara), de Paris ; Poulain, de Lyon ; Vallée (Emmanuel), de Paris ; Mlle Honnorat (Jeanne), de Paris ; Mlle Moret, Mme Sérézat, de Paris.

Rappels de médailles de bronze : MM. Dhios (Léon), de Paris ; Serre (Gaston), de Paris.

Médailles de bronze : M. le Dr Touraine, de Lyon ; M. le Docteur Zaleski (Edmond), de Paris ; M. le Dr Valensi, de Marseille ; Mmes Chabrillange (Marguerite) ; Chamouard, de Paris ; Dubois (Louise) ; Esparcieux, de Lyon ; M. Girod (Jean-Baptiste) ; Mlle Lasserre (Andrée), de Paris ; MM. Morin, Pernod, de Paris.

2° Vaccination antidiphtérique

Médailles de vermeil : MM. les Drs Basse (Henri), de Chartres ; Richou (Remy), de Garches.

Rappel de médailles d'argent : MM. les Drs Joffroy, Rudaux (Philippe) ; Mme le Dr Courjaret, de Paris.

Médailles d'argent : M. le Dr Perrier (Etienne), de Draguignan ; Mlles Nicoud (Julia), de Lyon ; Zambeaux (Marie), de Lyon.

Médailles de bronze : MM. les Drs Niego (Henri) ; Marchal (Jean) ; Pillon (Charles) ; Sévin (Paul) ; Mme le Dr Godart (Lucienne) ; Mlle le Dr Lebré (Luce), de Draguignan ; M. Marie (Gaston) ; Mmes Mariotti (Françoise) ; Pascal (Emma) ; Regnault (Louise) ; Rimeize (Clothilde) ; Delaffolie, de Montgeron.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 8 novembre 1947

Sur l'action vasodilatatrice du sang veineux. — MM. L. Binet et M. Burstein, par la technique de la patte perfusée, mettent en évidence cette action vasodilatatrice périphérique, d'origine anoxémique.

Action préventive et curative de l'atropine sur l'œdème pulmonaire aigu provoqué chez le lapin par l'injection d'adrénaline. — M. M. Bariéty et Mlle D. Kohler montrent que le sulfate d'atropine, administré préventivement par voie endoveineuse, augmente de façon considérable la résistance du lapin à l'œdème pulmonaire aigu adrénalinique et exerce également une action curative. Ils rappellent l'action préventive de certains spasmolytiques de synthèse.

Théorie du bigramme ventriculaire et signification de la rotation des vecteurs et des grandes déviations d'axe électriques du cœur. — M. J.-B. Milovanovich.

Recherches sur l'adrénochrome. — MM. C. Plotka et R. Jequier étudient l'adrénochrome, pigment dérivé de l'adrénaline, et ses dérivés d'oxydation doués de propriétés cholinergiques intenses. L'action contracturante sur l'utérus de cobaye et l'intestin de lapin différencie ces propriétés de celles de l'adrénoxine de Bacq et Heirman.

TABLE DES MATIÈRES [1]

1947

Les restrictions sur la consommation du papier récemment imposées aux périodiques nous empêchent de publier comme de coutume la table des auteurs à la suite de la table des matières.

Nous espérons pouvoir rapidement combler cette lacune dont nous nous excusons auprès de nos abonnés.

A

(1) Les astérisques indiquent un article original.

F

G

H

I



TRAITEMENT des SYMPATHOSES

Hypertension

Anaphrodisie

Parésie intestinale

Dicorantyl

Normalise
LES IMPULSIONS DU SYSTÈME
neuro-végétatif

ROUSSEL

LES LABORATOIRES ROUSSEL
LABORATOIRES GOBEY
89, rue du Cherche-Midi - PARIS-VIe



est du TONUS en ampoules buvables

régénérateur puissant de la cellule

ANEMIES — SURMENAGES — CONVALESCENCES — GROSSESSE
ALLAITEMENT — GRIPPE — ETATS ALCALOSIQUES — ETATS PSYCHIQUES

Reconstituant général très énergique

Pub. S. B.

Laboratoires du SALIBRA, 1, rue des Jardins, ASNIÈRES (Seine)

P

Q

R

S

T

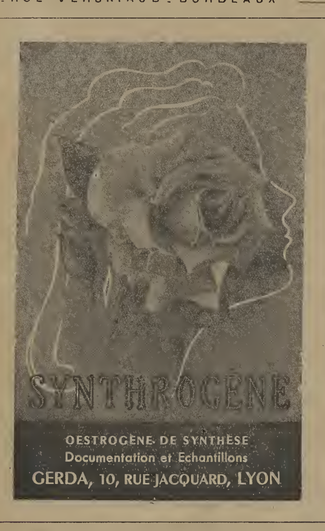
U

V

Y

Z


OKAMINE



Dépôt légal. — 1947. — 4e trimestre. N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).



